

Informe de consenso
**Adherencia en
Síntomas del Tracto
Urinario Inferior**



GRUPOOAT

Cita recomendada:

Casteig A, Valdés C, Gómez J, Lorenzo A, Chantada J, Mestre J, Molero JM, Prieto L, Pérez N, Alonso P, Martínez P, Arlandis S. Informe de consenso sobre Adherencia en Síntomas del Tracto Urinario Inferior. Grupo OAT- Observatorio de la Salud S.L. 2023

AUTORES

Amaia Casteig Blanco

Directora del Grupo de Trabajo del proyecto
Directora Corporativa & Proyectos del Grupo OAT

Carmen Valdés y Llorca

Coordinadora del Grupo de Trabajo del proyecto
Vocal del Comité Científico del Grupo OAT, experta en adherencia y STUI
Medicina Familiar y Comunitaria CS Fuencarral, Dirección Asistencial Norte Madrid

Jesús C. Gómez

Coordinador del Grupo de Trabajo del proyecto
Vocal del Comité Científico del Grupo OAT, experto en adherencia
Farmacéutico Comunitario en Barcelona
Presidente de SOCFIC y SEFYNC

Andoni Lorenzo

Presidente del Foro Español de Pacientes (FEP)

Javier Chantada

Farmacéutico Comunitario
Vocal de SEFAC Galicia, experto en STUI

Jorge Mestre

Profesor Asociado, Universidad Carlos III
Economista de la Salud

Jose María Molero

Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMFYC

Luis Prieto

Urólogo en Unidad de Urodinámica del H. General Universitario de Alicante Dr. Balmis
Universidad Miguel Hernández de Alicante
Vicepresidente de la Asociación Española de Urología (AEU)

Noemí Pérez y Pilar Alonso

Medicina Familiar y Comunitaria
Grupo de Trabajo de Nefrourología de SEMERGEN

Pilar Martínez

Expresidenta de la Alianza General de Pacientes (AGP)
Presidenta de la Asociación de Diabetes Madrid
Paciente experta formadora de la Escuela Madrileña de Salud
Patrono de la Fundación HUMANS

Salvador Arlandis

Jefe de Sección de Urología Reconstructiva y Funcional del H. Universitario y Politécnico La Fe de Valencia
Vocal de la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG)

ÍNDICE

Abreviaturas	pág. 5
Capítulo 1 Introducción	pág. 7
Capítulo 2 Situación actual del STUI y tasa de adherencia terapéutica	pág. 11
Capítulo 3 Criterios de la OMS sobre la falta de adherencia	pág. 17
Capítulo 4 Factores/causas y perfil del paciente con STUI no adherente tanto en VH como HBP	pág. 25
Capítulo 5 Consecuencias de la falta de adherencia en STUI: clínicas y farmacoeconómicas	pág. 37
Capítulo 6 Medidas a implementar para la mejora de la adherencia terapéutica en STUI	pág. 55
Capítulo 7 Visión de los pacientes	pág. 71
Capítulo 8 Conclusiones	pág. 73

ABREVIATURAS

5ARI: Inhibidores de la 5-alfa-reductasa

AB: Alfabloqueantes

AEU: Asociación Española de Urología

AGP: Alianza General de Pacientes

AM: Antimuscarínicos

BSW: Beneficio, Satisfacción y Voluntad de continuar el tratamiento

CACV: Cuestionario de autoevaluación del Control de la Vejiga

CV: Cardiovascular

DM3d: Diario Miccional de 3 días

EA: Efectos adversos

EMSP: Entrenamiento del músculo del suelo pélvico

EPNT: Estimulación percutánea del nervio tibial

FDC: Combinaciones de dosis fija

FEP: Foro Español de Pacientes

HBP: Hiperplasia benigna de próstata

IAM: Infarto agudo de miocardio

ICIQ-SF: Cuestionario Breve Internacional para Medir la Percepción de los Síntomas de Incontinencia Urinaria y la Calidad de Vida

IPDE5: Inhibidores de la fosfodiesterasa

IPSS: Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos

IU: Incontinencia urinaria

LES: Lupus Eritematoso Sistémico

MARSI: Medication Adherence Self-Report Inventory

MBE: Medicina Basada en la Evidencia

MPR: Medicines Possession Ratio

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OABSS: Puntuación de Síntomas de Vejiga Hiperactiva

OAT: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento

OMS: Organización Mundial de la Salud

PROMS: Patient Reported Outcomes Measurements

PSA: Antígeno prostático específico

RTUP: Resección transuretral de la próstata

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SINUG: Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología

SPD: Sistemas personalizados de dosificación

STUI: Síntomas del tracto urinario inferior

VH: Vejiga hiperactiva

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

Adherencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de una persona coincide con el plan terapéutico previamente acordado con su médico¹.

Mientras que el cumplimiento se suele asociar al tratamiento farmacológico, la adherencia va más allá y abarca el **seguimiento completo del plan terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico**, con especial referencia a los hábitos saludables y a los programas de rehabilitación.

Objetivo

Los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) son condiciones médicas comunes que afectan a la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. La falta de adherencia al tratamiento puede comprometer los resultados terapéuticos y el bienestar general de los pacientes. El trabajo de investigación realizado por el grupo de trabajo de este proyecto ha ido encaminado a **detectar aquellos factores que pueden ayudar a la adherencia de los pacientes con STUI** en este contexto.

Metodología

El trabajo realizado se ha basado en una **revisión exhaustiva** de la literatura científica existente sobre los STUI y la adherencia al tratamiento, utilizando diferentes bases de datos y criterios de inclusión para seleccionar estudios relevantes que abordaran los factores relacionados con la adherencia en pacientes con STUI.

El proyecto completo, hasta la obtención del **informe de consenso final**, se ha dividido en varias fases que podemos resumir a continuación.

Empezando por un análisis de la situación actual del STUI e identificando su tasa de adherencia terapéutica, los expertos se han guiado para su investigación por las cinco dimensiones que afectan a la adherencia según la OMS:

1. Factores que guardan relación con el **entorno socio-económico**
2. Factores que guardan relación con el **profesional sanitario/ sistema sanitario**
3. Factores que guardan relación con la **enfermedad**
4. Factores que guardan relación con el **tratamiento**
5. Factores que guardan relación con el **paciente**

Fase I	El objetivo durante esta fase inicial del proyecto se centró en la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar . Este grupo de trabajo se conformó con expertos, tanto del área de la patología STUI como de adherencia, participando atención especializada en urología, atención primaria y farmacia comunitaria.
Fase II	A través de la realización de diferentes reuniones del grupo de trabajo multidisciplinar, la segunda fase del proyecto estuvo dirigida a definir los objetivos , así como a establecer los apartados que debían integrar el informe de consenso final , asignando los bloques de trabajo entre los expertos para el desarrollo del mismo.
Fase III	Una vez asignadas las responsabilidades, durante esta tercera fase, los subgrupos de trabajo conformados se centraron en el desarrollo de los contenidos por separado. El trabajo realizado con rigor científico se basó en la revisión de la literatura científica existente sobre los STUI y la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se presentaron los desarrollos obtenidos al resto del grupo de trabajo generando debate y consenso entre los expertos.
Fase IV	La siguiente fase del proyecto se dedicó a la redacción, estructuración y validación final de los contenidos, con una revisión exhaustiva por parte del grupo de expertos, terminando con la extracción y redacción del capítulo final de conclusiones.
Fase V	Una vez obtenido el informe final, consensuado y validado por el grupo de trabajo multidisciplinar, se procedió a la maquetación y edición del informe a divulgar .

Así mismo, se ha pretendido definir el **perfil del paciente** con STUI no adherente, ya sea en vejiga hiperactiva (VH) o en hiperplasia benigna de próstata (HBP), y determinar los factores/causas de esta falta de adherencia, así como analizar las consecuencias clínicas y farmacológicas de la misma.

Por último, una vez establecido el contexto general alrededor de la adherencia en STUI y la complejidad de los factores que influyen en la misma, dada su gran variedad, los expertos han querido dar una visión realista y práctica con las **medidas a implementar** para mejorar la adherencia terapéutica en el ámbito del STUI y, como todo el trabajo, basada en los factores de falta de adherencia que establece la OMS. Finalmente, se han analizado los datos y han extraído las **conclusiones** más relevantes.

Destacar en este punto, como factor clave que afecta a la adherencia de los pacientes, el mantenimiento del tratamiento inicial de los pacientes como medida fundamental para evitar los abandonos.

Bibliografía

1. Sabaté E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra. WHO. 2004

CAPITULO 2

SITUACION ACTUAL DEL STUI Y TASA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA

Los STUI afectan a una elevada proporción de hombres y mujeres, lo que supone un problema de salud importante para la sociedad y un alto impacto en la calidad de vida de las personas que los padecen. Los STUI secundarios a crecimiento prostático benigno y a VH, aumentan con la edad^{1,2}. Este problema irá en aumento en los próximos años, dado el aumento progresivo de la esperanza de vida en la población española³.

La prevalencia de VH es mayor en la mujer que en el hombre, siendo además más frecuente la incontinencia urinaria (IU) de urgencia. Esta prevalencia tiende a igualarse a partir de los 65 años, debido a la concurrencia del crecimiento prostático benigno, entre otros factores (envejecimiento, factores vasculares y neurogénicos, etc.).

Un estudio estimó una prevalencia a nivel mundial del 45.2% para la presencia de STUI, 10.7% para la de VH y 8.2% para la IU. En España, se estima que la prevalencia de VH es del 19.9% (23.4% en mujeres y 15.4% en varones)⁴.

Por otro lado, la VH y la IU tienen un impacto en calidad de vida incluso mayor que otras patologías crónicas como la diabetes mellitus, la hipertensión o la artritis reumatoide⁵.

Si el cumplimiento terapéutico es fundamental para conseguir el resultado terapéutico esperado, la adherencia terapéutica va más allá incluyendo tanto la acción farmacológica como no farmacológica como pueda ser el estilo de vida que redunden en una mejora de la salud. No obstante, la falta de adherencia a los planes de tratamiento farmacológico y no farmacológico es en general muy elevada, difiriendo mucho en función de la patología, medicamento, profesional sanitario y tipo de paciente (sexo, edad, costumbres, creencias, conocimiento, poder adquisitivo, etc.).

Para determinar la situación de la adherencia terapéutica en patologías como VH y poder compararla con otras patologías crónicas, es importante conocer la situación general de la falta de adherencia en España.

En nuestro país se calcula que alrededor del 50% de los pacientes no se adhiere correctamente a la pauta prescrita^{6,7}. Cabe destacar que en pacientes crónicos polimedificados ésta es mayor y en un reciente estudio

en 6.237 pacientes crónicos correspondiente a 132 farmacias comunitarias españolas llega al 48,4%⁸. Estos datos coinciden con encuestas y estudios anteriores.

Según datos del Observatorio de la Adherencia al Tratamiento⁹, en el 2014 el nivel de adherencia era muy diferente según la patología crónica que se tratara: del 28% en depresión hasta el 80% en enfermedad por VIH.

Si nos ceñimos a la adherencia terapéutica en patologías cardiovasculares (CV) muy estudiadas en nuestro país como son la diabetes, dislipemias, o hipertensión, se ha identificado que hasta un 22,4% de los pacientes abandonan los tratamientos prescritos por sus médicos de hospital y hasta un 39,4% por los médicos de atención primaria¹⁰. Así la adherencia terapéutica en patologías CV estaría en la media general de la patología crónica en nuestro país de alrededor de un 50%.

Según unas 6.327 encuestas validadas efectuadas en el año 2017 podemos observar los resultados de adherencia por patologías en la Figura 1. La tasa de adherencia para VH era del 48,5%, muy próxima a la media de adherencia general en pacientes con patologías crónicas.

En la misma encuesta podemos destacar que el paciente con VH tenía asociadas otras patologías concomitantes, destacando la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y enfermedad cardíaca sobre otras, como muestra la Figura 2.

En este mismo estudio se exploraron diferentes variables relacionadas directamente con la toma de medicamentos, según se refleja en el siguiente gráfico (Figura 3).

Muchos de los factores identificados en la falta de adherencia terapéutica en general también aparecen en VH, y los profesionales sanitarios deben tenerlos en cuenta a la hora de instaurar un tratamiento y en su seguimiento. Así podríamos destacar cuatro grupos:

- a) Respecto al paciente: edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural, conocimiento sanitario tanto respecto a la enfermedad como del tratamiento, actitud del paciente, entorno de convivencia, problemas cognitivos, olvidos, etc.

b) Respecto a la enfermedad: severidad de la misma, pronóstico, existencia o no de sintomatología, carácter agudo o crónico, afectación en la salud del paciente o en su estilo de vida, duración y expectativas de resolución, etc.

Figura 1: Adherencia terapéutica por patologías

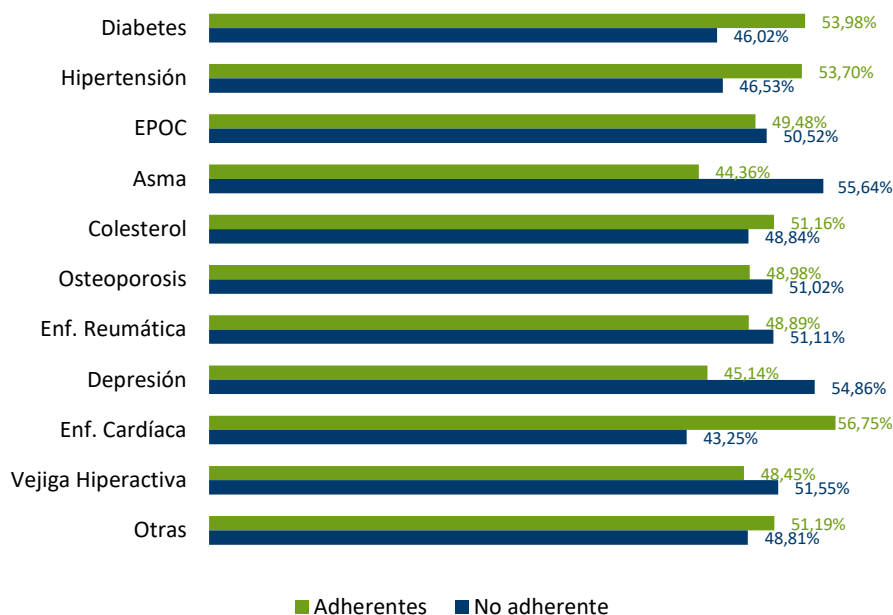


Figura 2: Vejiga hiperactiva y comorbilidad

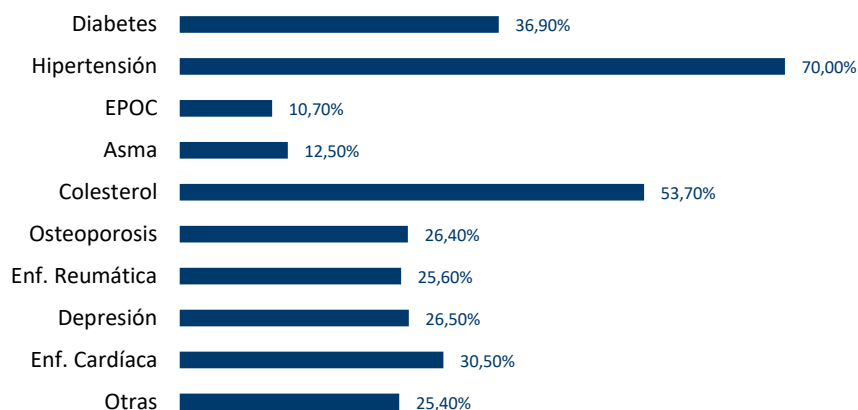
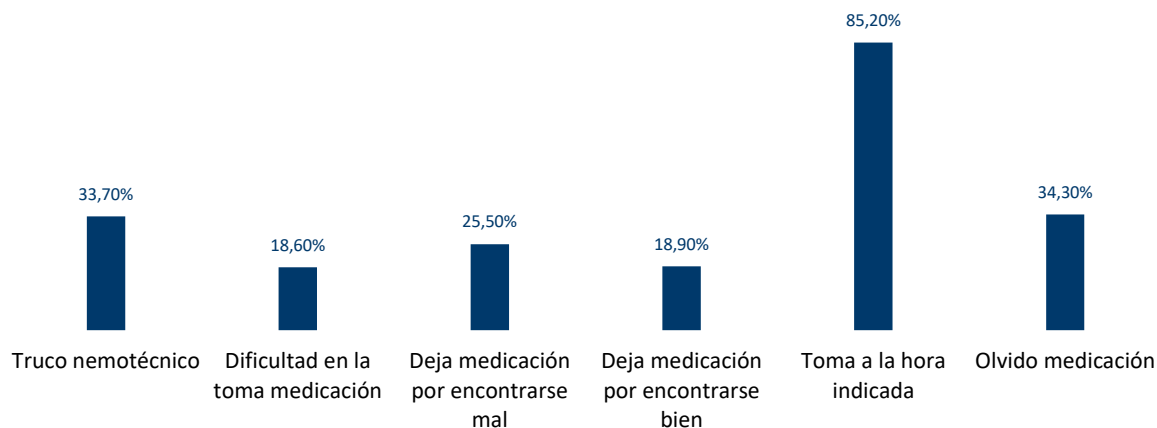


Figura 3: Vejiga hiperactiva y variables relacionadas con la toma de medicamentos



- c) Respecto al tratamiento: complejidad, número de medicamentos, posología, efectividad, efectos secundarios, duración, precio, copago, etc. Cabe destacar que se suele ser más adherente a los tratamientos farmacológicos que a los cambios de estilo de vida.
- d) Respecto al sistema sanitario: La comunicación es fundamental tanto entre los profesionales con el paciente, como entre los profesionales entres sí; el seguimiento del paciente, etc.

Hemos visto que el seguimiento del paciente es un aspecto clave y, ante la situación de saturación de nuestro sistema sanitario, se hace importante la implicación de todos los profesionales sanitarios y niveles de asistencia para conseguir la adherencia.

Con estos datos de adherencia en general, y en el caso concreto de VH y STUI/HBP, será de enorme importancia todas las medidas que se puedan implementar, incluyendo la continuidad y seguimiento en el tratamiento, para lograr una adherencia que permita una mejor calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, et al. Tract Symptoms , Overactive Bladder , Urinary Incontinence and Bladder Outlet Obstruction. *BJU Int.* 2011;108:1132–9
2. Eapen R, et al. Review of the epidemiology of overactive bladder. *Res Rep Urol* 2016; 8: 71-6
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27350947/>
3. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2022-2072 [Internet]. Notas de prensa. 2022 [cited 2023 Mar 19]. Available from:
https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf
4. Castro D, Espuña M, Prieto M, et al. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: Estudio poblacional. *Arch Esp Urol.* 2005;58(2):131–8
5. Mittmann N, Trakas K, Risebrough N, et al. Utility scores for chronic conditions in a community-dwelling population. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 1999 Apr [cited 2017 Feb 12];15(4):369–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10537955>
6. Fundación Farmaindustria. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. Informe cualitativo. *Sociol y Comun.* 2016;63
7. Gabinete de Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. 2016
8. Llorca CVY, Castell EC, Casado JMR, et al. Factors associated with non-adherence to drugs in patients with chronic diseases who go to pharmacies in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8)
9. Ribera JM, Gil V, Valdés C, et al. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas. Resultados descriptivos: Vejiga Hiperactiva. Madrid: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2017
10. Conthe P, Márquez Contreras E, Pinto JL, et al. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro [Internet]. DGMM; 2012. Available from:
<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>

CAPÍTULO 3

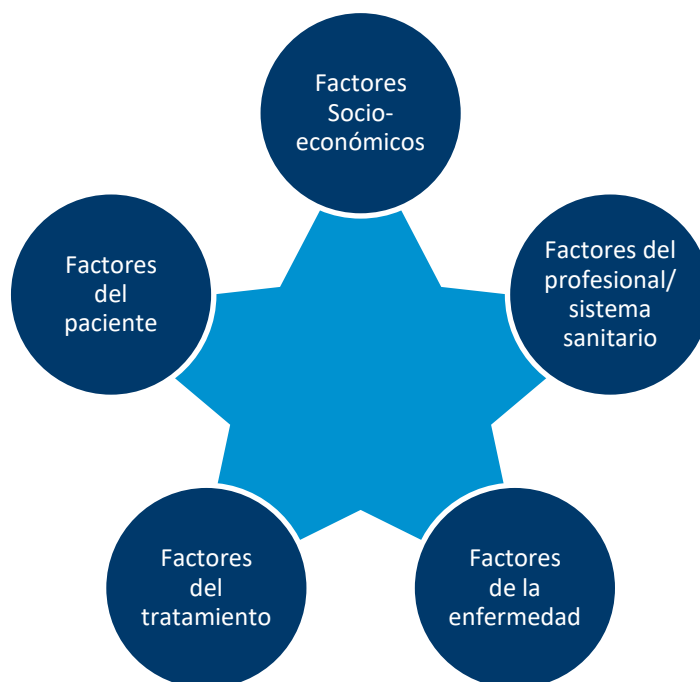
CRITERIOS DE LA OMS SOBRE LA FALTA DE ADHERENCIA

El factor clave en la práctica clínica para conseguir los beneficios terapéuticos y obtener buenos resultados en salud, es la adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como de estilos de vida. Por este motivo, ante cualquier paciente mal controlado antes de intensificar el tratamiento, **se debe descartar incumplimiento terapéutico**.

La OMS establece **5 factores** que influyen de manera decisiva en la falta de adherencia (Figura 1). Estos son:

1. Factores que guardan relación con el **entorno socio-económico**
2. Factores que guardan relación con el **profesional sanitario/ sistema sanitario**
3. Factores que guardan relación con la **enfermedad**
4. Factores que guardan relación con el **tratamiento**
5. Factores que guardan relación con el **paciente**

Figura 1: Factores relacionados con la adherencia terapéutica según la OMS



1. Factores que guardan relación con el entorno socio-económico

Este apartado incluye una serie de **factores negativos** que, de una manera u otra, afectan claramente al incumplimiento. Se pueden considerar:

- Distancia al centro sanitario donde se recibe el tratamiento o se dispensa
- Bajo nivel socioeconómico (bajo nivel educativo, etc.)
- Itinerancia, como la existencia de situaciones ambientales cambiantes
- Disfunción familiar
- La falta de apoyo social efectiva¹
- Las condiciones de vida inestables
- La cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad

Sin embargo, a favor y como **factor positivo**, se destaca de manera clara:

- Soporte familiar propicio, como determinante a la hora de favorecer la adherencia

2. Factores que guardan relación con el profesional sanitario/ sistema sanitario

No podemos olvidar que los factores administrativos y de organización deben ser tenidos en cuenta. Así, el sistema sanitario y sus profesionales influyen decisivamente en el cumplimiento.

Como en apartados anteriores, existen una serie de **factores que influyen negativamente** sobre la adherencia como son:

- Falta de formación de los profesionales sanitarios sobre la enfermedad y su tratamiento
- Relación y empatía pobre de los profesionales sanitarios
- Escasa dedicación en consulta por tiempo reducido
- Deficitaria implementación de actividades de educación sanitaria
- Falta de confianza en los profesionales sanitarios
- Problemas en la continuidad asistencial
- Accesibilidad al sistema
- Satisfacción con el profesional sanitario

Sin embargo, y por el contrario, hay que destacar como **factor positivo**:

- La buena relación entre paciente y profesional sanitario²

En los últimos tiempos el sistema sanitario se está poniendo el punto de mira sobre la **humanización** de la medicina y todo lo que ello conlleva, mejorando así la manera de “hacer medicina”, de relacionarse con el paciente y su entorno, favoreciendo una conexión más ágil y efectiva ayudando y acompañando al paciente en el proceso de su enfermedad, disminuyendo el malestar emocional que provoca la enfermedad y sus consecuencias, incrementando así la calidad de vida³.

Como resumen de lo anterior, diversos autores a lo largo de la literatura han analizado qué variables se consideraron más representativas a la hora de determinar la adherencia, siendo la más significativa de todas, la **relación profesional-paciente**.

Así mismo los autores también determinaron qué factores relacionados con el profesional sanitario influían en el comportamiento del paciente a la hora de tener una actitud más comprometida con su enfermedad y el tratamiento, siendo los más destacados:

- La calidad de la comunicación profesional-paciente
- La empatía o la capacidad del profesional de reconocer el sufrimiento del paciente
- La capacidad para motivar al paciente a cumplir las pautas terapéuticas indicadas
- La receptividad del profesional para compartir con el paciente la responsabilidad del tratamiento⁴

3. Factores que guardan relación con la enfermedad

En el caso de la enfermedad se detectan unas causas responsables de la falta de adherencia.

Existen unos **factores negativos**, tales como:

- Escaso conocimiento del paciente sobre su enfermedad y sus consecuencias
- Enfermedad silente o asintomática
- Estados depresivos
- Comorbilidades de enfermedades mentales
- Enfermedad crónica^{5,6}
- Enfermedad de larga evolución
- Enfermedades recurrentes

Si los pacientes no observan resultados beneficiosos para su salud a corto plazo, se produce en un porcentaje muy elevado el abandono del tratamiento.

Por otro lado, existen unos **factores positivos** que son determinantes y que favorecen la adherencia:

- La existencia de una comprensión de la enfermedad y de sus consecuencias, hace que de forma general se incremente el cumplimiento. Hoy en día, todavía existe una necesidad de información y concienciación en la patología, tal como publicó el Grupo Observatorio de la Adherencia al Tratamiento (OAT) en el estudio realizado en 2017 a nivel nacional cuando se les preguntó si deseaban mayor información sobre su enfermedad, a lo que respondieron mayoritariamente de manera afirmativa⁷.

4. Factores que guardan relación con el tratamiento

Este apartado es muy importante, dado que, en la práctica clínica habitual, pocas veces consideramos si la medicación prescrita se adecua a las necesidades y características sociales de nuestros pacientes.

También en este caso encontramos unos **factores que influyen negativamente** a considerar:

- Complejidad del tratamiento
- Efectos adversos del fármaco (EA)
- Ausencia de instrucciones claras y precisas sobre la medicación y lo que se puede esperar a corto y medio plazo, como EA, interacciones con otros fármacos, etc.
- Larga duración de la enfermedad
- Falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente (muy frecuente)
- Cambios de tratamiento y bioapariencia⁸, generando confusión puesto que el paciente no identifica su medicación, a la vez que le puede generar incertidumbre sobre la eficacia

También existen unos **factores positivos** que ayudan a mejorar la adherencia:

- Monoterapia, cuando menos posología, más facilidad
- Dosis distanciadas
- Poca medicación
- Instrucciones claras de la correcta administración del fármaco

La simplificación del tratamiento es una estrategia efectiva, ya que la mayoría de los estudios encuentra mejoras significativas en la tasa de adherencia y en el grupo de pacientes donde se realiza la intervención de simplificar/facilitar el esquema terapéutico. Por lo tanto, si bien estos estudios se han realizado en enfermedad cardiovascular, reducir la cantidad de medicamentos prescritos ha demostrado que mejora de manera significativa la adherencia, por ejemplo, reduciendo la posología a una única toma al día o mediante la utilización de una especialidad galénica que contenga varios fármacos en una única forma farmacéutica (aunque todavía no se ha demostrado el beneficio clínico de estas formas combinadas)^{9,10}.

Para ello La guía del **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)**¹¹ recomienda tener en cuenta el deseo de los pacientes de minimizar la cantidad de medicación que toman, preguntarles por sus inquietudes acerca de la medicación (EA o riesgo de dependencia), discutir con ellos sobre como incorporar la toma de medicación.

5. Factores que guardan relación con el paciente

De igual modo que en apartado anterior, existen unos **factores negativos** relacionados con la adherencia que nos condicionan el resultado del tratamiento por la dificultad de comprensión y el conocimiento que tiene la enfermedad y sus consecuencias entre ellos se destaca:

- Edad
- Entorno social y cultural
- Nivel de educación
- Inestabilidad emocional, depresión y estados de ansiedad
- Creencia de que no ha sido escuchado correctamente, sin resolver sus dudas
- Rechazo al diagnóstico de su enfermedad
- Pensamiento de que el medicamento no es efectivo
- Rechazo al tratamiento prescrito y sus dudas respecto al riesgo/beneficio
- Dificultad para comprender las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento¹²
- Olvido como principal fuente de incumplimiento
- Actitud inconsciente o despreocupada hacia la enfermedad y/o el tratamiento, y de las consecuencias que tiene

Y unos **factores positivos**, que también condicionan la adherencia, como son:

- Confianza en la eficacia del tratamiento
- Motivación personal
- Percepción de los riesgos que tiene la enfermedad para la salud en el caso de no ser tratada
- Permitir al paciente implicarse en las decisiones sobre su propio tratamiento

Bibliografía

1. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH. ISBN: 978-84-697-7198-3 Depósito legal: M-31164-2017. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); 2017
2. Donoso-Sabando Ca. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de edith stein. *pers.bioét.* 2014; 18(2). 184-193. doi: 10.5294/pebi.2014.18.2.8
3. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007 Jul 25;7:24. doi: 10.1186/1472-6920-7-24. PMID: 17651477; PMCID: PMC1988794
4. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979
5. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther.* 2001 Aug;23(8):1296-310. doi: 10.1016/s0149-2918(01)80109-0. PMID: 11558866
6. Márquez Contreras E, Gil Guillén V, Casado Martínez JJ, et al. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005 [Analysis of studies published on hypertension treatment non-compliance in Spain between 1984 and 2005]. *Aten Primaria.* 2006 Oct 15;38(6):325-32. Spanish. doi: 10.1157/13093369. PMID: 17173796; PMCID: PMC7669154
7. Ribera JM, Gil V, Valdés C, et al. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas. Resultados descriptivos: Vejiga Hiperactiva. Madrid: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2017
8. A.S. Kesselheim, K. Bykov, J. Avorn, et al. Burden of changes in pill appearance for patients receiving generic cardiovascular medications after myocardial infarction: cohort and nested case-control studies. *Ann Intern Med*, 161 (2014), pp. 96-103.
<https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M13-2381> | Medline
9. Selak V, Elley CR, Bullen C, et al. A. Effect of fixed dose combination treatment on adherence and risk factor control among patients at high risk of cardiovascular disease: randomised controlled trial in primary care. *BMJ.* 2014 May 27;348:g3318. doi: 10.1136/bmj.g3318. PMID: 24868083
10. Thom S, Poulter N, Field J, et al. Effects of a fixed-dose combination strategy on adherence and risk factors in patients with or at high risk of CVD: the UMPIRE randomized clinical trial. *JAMA.* 2013 Sep 4;310(9):918-29. doi: 10.1001/jama.2013.277064. Erratum in: *JAMA.* 2013 Oct 9;310(14):1507. Naik, Nitish [added]; Reddy, Srinivas [added]; Balaji, Sham [corrected to Achuthan, Shyambalaji]; Damodra Rao, Modem [corrected to Damodra Rao, Kodem]. PMID: 24002278

11. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2009 Jan. PMID: 21834197
Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
12. Dilla T, Valladares A, Lizán L, et al. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies]. Aten Primaria. 2009 Jun;41(6):342-8. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2008.09.031. Epub 2009 May 7. PMID: 19427071; PMCID: PMC7022018

CAPÍTULO 4

FACTORES/CAUSAS Y PERFIL DEL PACIENTE

CON STUI NO ADHERENTE TANTO EN VH COMO HBP

Como hemos visto en el capítulo anterior, la persistencia y adherencia a los medicamentos para tratar los STUI dependen de una combinación de numerosos factores, con una amplia variación entre los diferentes fármacos e individuos. Estos factores son los que vamos a desglosar e identificar a continuación.

1. Factores socioeconómicos

Apoyo social y familiar

El apoyo social y emocional, un entorno familiar cohesionado y no vivir solo, han demostrado incrementar las tasas de adherencia en la población general. En el caso de pacientes con VH, la convivencia con algún familiar muestra una mejora evidente en la adherencia al tratamiento¹. Por el contrario, los conflictos familiares la disminuyen.

Por otro lado, la cercanía y proximidad de la farmacia comunitaria al paciente va a ser de gran ayuda a la hora de ser eje vertebrador del paciente al conocer en muchas ocasiones a familiares y cuidadores, con el objeto de buscar su apoyo en el tratamiento y evolución de su enfermedad^{2,3}.

Estigmatización

La adherencia se compromete en enfermedades con un importante componente de estigmatización, como podría considerarse la presencia de STUI relacionados con la VH, especialmente si se acompaña de IU (el 59,25% de los pacientes con VH la padecen y el 74,83% utiliza absorbentes para paliar los EA)¹.

En una encuesta llevada a cabo en España, los pacientes con VH reconocen que se trata de una patología con una alta carga emocional, relacionada sobre todo con vergüenza, miedo al rechazo y temor a las actividades cotidianas, afectando a su autoestima y a la imagen que transmiten a los demás⁴.

Factores económicos

Tanto el bajo nivel de ingresos como el precio elevado de los medicamentos se asocia a una peor adherencia. Sin embargo, en España existe un sistema de copago farmacéutico (entre el 10% y el 60% del precio, excepto para algunos colectivos que están exentos), por tanto, el precio de los

tratamientos farmacológicos disponibles para controlar los STUI no afecta, y, además, el coste en los últimos años ha bajado sustancialmente con la entrada de genéricos e igualdad de precio de la marca.

Aún con esta situación, es curioso ver que existen diferencias en cuanto a nivel de renta y adherencia entre hombres y mujeres en el caso de VH. En los hombres los mayores niveles de adherencia se registran en las rentas medio-altas, y en las mujeres es en las medio-bajas y en las más altas¹.

Los factores económicos, sociales y psicológicos también han sido identificados como causas que afectan a la adherencia a largo plazo en el tratamiento de la VH con antimuscarínicos (AM)⁵. Tener unos ingresos adecuados es un factor predictivo de adherencia al año en pacientes con STUI/HBP⁶, siempre y cuando estemos hablando de que el tratamiento no esté financiado, lo cual no es el caso de España.

2. Factores relacionados con el profesional sanitario/ sistema sanitario

Relación profesional sanitario-paciente

La relación profesional sanitario-paciente es un factor que influye en el cumplimiento. Un problema en la comunicación entre ambas partes⁷, la falta de confianza hacia el profesional sanitario o una insatisfacción con la atención recibida pueden influir negativamente en la satisfacción con el tratamiento y la adherencia al mismo⁸. En una encuesta cualitativa a pacientes con VH en España, entre los pacientes emerge el sentimiento de olvido y falta de atención por parte de los profesionales y plantean la necesidad de mejorar la comunicación con el profesional sanitario⁴. En varones con STUI/HBP, la persistencia del tratamiento se asocia con la buena relación profesional-paciente⁹.

En ocasiones, los profesionales etiquetan al paciente como no adherente o como incumplidor y esta circunstancia influye negativamente sobre la adherencia. Además, la falta de información correcta o confusa sobre la enfermedad y sobre el tratamiento puede impactar negativamente en el cumplimiento. También pueden influir las dificultades de accesibilidad a la atención sanitaria, largos tiempos de espera o las faltas de suministro.

Comunicación entre profesionales

La receta electrónica podría ser una excelente herramienta de comunicación bidireccional rápida y eficaz entre farmacéutico y médico de familia a la hora de derivar a un paciente o comunicar una falta de adherencia; en la actualidad la receta electrónica no nos permite esta comunicación excepto en contadas situaciones.

3. Factores relacionados con la enfermedad

Severidad de la enfermedad

La gravedad de la enfermedad, su pronóstico o el impacto que pueda tener en la calidad de vida también pueden incidir en la adherencia de los pacientes.

Los cuadros más leves o una enfermedad crónica sin complicaciones a corto plazo, pueden suponer una barrera para tener una correcta adherencia al tratamiento. Por el contrario, el empeoramiento de los síntomas o la elevada intensidad de éstos produce un efecto positivo en la adherencia terapéutica.

En el caso de los STUI, las enfermedades más frecuentemente implicadas como la VH o la HBP, no suponen un riesgo aparente para la salud de las personas que lo padecen. Incluso en muchas ocasiones, las complicaciones aparecen tras años de evolución. También la intensidad de los síntomas, excepto en algunos casos de varones con STUI/HBP, no experimentan un empeoramiento significativo y progresivo. La afectación de la calidad de vida asociada a estos síntomas muchas veces es vivida por los pacientes como algo irremediable, asociado a la edad, y no se le da la importancia que tiene.

Por lo tanto, el paciente juega un papel clave en la decisión de iniciar y/o continuar con el tratamiento. En hombres con STUI/HBP se ha comprobado correlación entre la severidad de STUI/HBP y la tasa de adherencia, de tal forma que a mayor severidad de STUI/HBP, mayor tasa de adherencia¹⁰. Niveles más altos de volumen prostático y antígeno prostático específico (PSA) se han mostrado como predictores independientes de la persistencia de la medicación a los 12 meses de iniciar el tratamiento en hombres con STUI/HBP⁹.

Los pacientes con síntomas de urgencia más graves tienen más probabilidades de mostrar persistencia en el tratamiento con medicamentos para la VH¹¹.

Concienciación y percepción de la enfermedad

En una investigación cualitativa de opinión del Grupo OAT en 2021 para conocer la visión del paciente con STUI en España, los pacientes con VH reconocen una falta de concienciación en cuanto a la patología y adherencia⁴.

Aunque reconocen que la sintomatología de la VH es molesta y con grandes limitaciones en el día a día, la perciben como una patología leve-moderada que no supone riesgos significativos, por lo que suelen permitirse olvidos puntuales en vacaciones o fines de semana de la medicación⁴.

4. Factores relacionados con el tratamiento

Complejidad del tratamiento

La adherencia terapéutica en pacientes con STUI, puede verse afectada por las características del tratamiento como la complejidad de las pautas (pautas posológicas, dosis, formas farmacéuticas, duración, etc.), la formulación del fármaco (tamaño de los comprimidos, el sabor de la formulación, la dificultad en abrir el envase, etc.) o la aparición de EA y las características de éstos.

En varones con STUI/HBP la baja tasa de adherencia está estrechamente vinculada con los problemas relacionados con los medicamentos¹⁰. Aproximadamente un 25% de los pacientes con VH reconocen que abandonan el tratamiento bien por encontrarse mal y un 18% por dificultades con la toma o administración del medicamento¹. En pacientes con VH la persistencia y la adherencia es superior con las formulaciones de liberación prolongada frente a las de liberación inmediata¹² o si han recibido algún tratamiento de VH previo¹³.

Efectos adversos

Los EA constituyen uno de los principales motivos de interrupción de un tratamiento o de abandono de éste. Estos EA varían en función de los fármacos y con ellos la tasa de persistencia.

En pacientes con VH, los EA anticolinérgicos fueron más comunes en los AM, y son un motivo frecuente de interrupción del tratamiento¹⁴. Diferentes estudios han mostrado una mayor adherencia y persistencia con agonistas beta-3 adrenérgicos (mirabegrón) frente a los diferentes AM¹⁵⁻¹⁷, probablemente por su mejor perfil de EA (especialmente boca seca) en relación a éstos últimos. No obstante, las tasas de adherencia y de persistencia disminuyen con el tiempo con todos los tratamientos^{16,18}.

Tipo de terapia utilizada

La adherencia al tratamiento farmacológico de los STUI puede variar según la clase de fármacos utilizados. En un amplio estudio en hombres con STUI/HBP, la adherencia total al tratamiento farmacológico a lo largo de un año fue de un 29%, siendo del 35% para monoterapia con

alfabloqueantes (AB), 18% con inhibidores de la 5-alfa-reductasa (5ARI) y 9% para la terapia combinada con medicamentos monocomponente¹⁹.

En otro estudio con un tiempo de seguimiento amplio (superior a 3,5 años), los hombres con STUI/HBP mostraron una alta proporción de patrones de tratamiento adherentes y persistentes, especialmente entre los pacientes que tomaban terapia combinada (AB + 5ARI)²⁰. Probablemente el tiempo largo de seguimiento proporciona evidencia de que los pacientes que experimentan suficiente alivio de los síntomas toleran los desafíos de permanecer adherentes y persistentes.

Los resultados de la terapia combinada mejoran con las combinaciones de dosis fija (FDC). En un estudio realizado en España en hombres con STUI, la terapia combinada de dosis fijas de un AB más un AM, se asocia a mayor persistencia y cumplimiento frente a una combinación de dosis libre AB y AM²¹. La cohorte FDC mostró una mediana más prolongada (125 días frente a 31) y una tasa de persistencia de 12 meses más alta (31,1 % frente a 8,9 %)²¹.

Duración del tratamiento

Otro factor relacionado con la falta de adherencia es la necesidad de mantener el tratamiento durante largo tiempo. El tratamiento de los STUI secundarios a VH o HBP requiere que el tratamiento se mantenga durante años. En el tratamiento de los STUI se ha observado una relación inversa entre las tasas de adherencia al fármaco y la duración del tratamiento, de tal forma que, a mayor duración, menor tasa de adherencia al fármaco¹⁰.

Polimedicación y comorbilidad

La polimedicación es un factor estrechamente relacionado con la adherencia. Debido a que la prevalencia de la VH y los STUI/HBP aumentan con la edad (más del 40% de los varones presenta STUI a partir de la sexta década y más del 85% de los pacientes con VH tiene entre 61 y 80 años), es habitual que presenten comorbilidades que requieren la utilización de otros tratamientos. Los ancianos con VH presentan más comorbilidades que los que no la padecen²². La toma de múltiples medicamentos, cada uno con un patrón diferente de dosificación, pueden generar confusión y falta de adherencia. Por otro lado, la probabilidad de EA aumenta en proporción al número de enfermedades concomitantes y fármacos usados²³.

Cambios de tratamiento y bioapariencia

El cambio de tratamiento puede suponer que el paciente no reconozca el fármaco que solía tomar generando confusión, además de posibles dudas de efectividad por su bioapariencia²⁴, cuya incertidumbre puede desembocar en una falta de adherencia. Este concepto es muy importante porque muchos de nuestros pacientes consideran que el fármaco recetado por marca les facilita la toma de la medicación porque identifican el fármaco con la patología, evitando así errores de medicación²⁵⁻²⁷.

Existe algún estudio sobre riesgo CV que relaciona los errores de medicación, y consecuentemente una falta de adherencia, con la bioapariencia. Se evaluaron sobre 19.881 pacientes control, un total de 4.573 episodios de no adherencia. Las probabilidades de no persistencia en los pacientes aumentaron un 34% tras un cambio en el color del comprimido (odds ratio ajustada, 1,34 [IC 95%, 1,12 a 1,59]) y un 66% tras un cambio en la forma del comprimido (odds ratio ajustada, 1,66 [IC, 1,43 a 1,94]). Las limitaciones del estudio están relacionadas con el estudio de solo 3 categorías de fármacos indicados tras un evento CV por infarto agudo de miocardio (IAM), y no se estudiaron las consecuencias clínicas. Lo destacable es que se concluye en el estudio que la variación en la apariencia de la medicación genérica se asocia con la no persistencia de estos medicamentos esenciales después de un IAM entre los pacientes con enfermedad CV.

Cabe recordar que el coste de un fármaco de marca no tiene un precio superior al genérico y en nuestro país el médico puede prescribir por marca y el paciente tiene el derecho a recibirlo. Esto podría contribuir a mejoras en la adherencia.

5. Factores relacionados con el paciente

Percepción de la enfermedad y expectativas del paciente

La percepción de los pacientes influye en la adherencia. Las expectativas no satisfechas de los pacientes, en relación con el control de síntomas y/o molestias o la percepción del paciente de su escasa efectividad, puede favorecer el abandono del tratamiento²⁸. El manejo terapéutico de los STUI, debido al origen multifactorial de los mismos, en ocasiones no supone un beneficio clínico importante, por lo que el paciente puede abandonar el tratamiento. Por otro lado, el alivio sintomático que perciben algunos pacientes después de unas semanas o meses de tratamiento puede llevarlos a suspender la medicación. En una revisión sistemática que tenía como objetivo actualizar el conocimiento disponible sobre las preferencias y expectativas de los pacientes con VH,

para éstos la medicación ideal debería ser económica, sin riesgo de deterioro de la función cognitiva y capaz de reducir la frecuencia urinaria diurna y los episodios de IU²⁹.

La incompreensión de la enfermedad o el desconocimiento sobre los beneficios del tratamiento, así como ideas erróneas acerca de la medicación pueden ser factores que influyen en la falta de adherencia.

Las percepciones de los pacientes también incluyen los EA de los fármacos. Aproximadamente un 20% de los pacientes con VH abandonan el tratamiento por encontrarse mal o por percibir una mejoría subjetiva en su proceso¹. Entre las posibles causas de la no adherencia los pacientes reconocen un sentimiento de enfermedad olvidada y no suficientemente atendida por los profesionales, y solicitan novedades en el tratamiento farmacológico que favorezcan la adherencia como: dosis más cómoda (por ejemplo, semanal), no cronicidad del tratamiento o una mayor eficacia en la reducción de la IU⁴.

En relación con los STUI/HBP, en el estudio cualitativo del Grupo OAT para conocer la visión del paciente con STUI secundarios a VH o HBP, los pacientes perciben la HBP como una patología severa que puede llegar a derivar en cáncer de próstata, lo que conlleva a un temor y preocupación constante⁴. Aunque esta circunstancia puede ser un elemento favorecedor del cumplimiento, los EA asociados a la sexualidad son motivo frecuente de abandono. En una encuesta a hombres del Reino Unido con STUI/HBP de moderados a graves, éstos se muestran más favorables a ser tratados con fármacos que reduzcan significativamente los síntomas de llenado y evitar medicamentos que puedan provocar EA sexuales y no sexuales³⁰.

Características del paciente

Las características de los pacientes influyen en la adherencia. En general, la persistencia y la adherencia en VH es más elevada en pacientes de mayor edad en comparación con pacientes más jóvenes, y en mujeres en comparación con los hombres. Las comorbilidades, incluida la diabetes, la enfermedad de Parkinson, la epilepsia, la demencia, la esclerosis múltiple y la hipertensión, se correlacionaron con una mayor persistencia y adherencia al tratamiento. No ocurre lo mismo con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la migraña¹².

La función cognitiva es un factor independiente de la adherencia a la medicación entre las personas mayores con enfermedades crónicas. Los pacientes con deterioro cognitivo o problemas de memoria

o de atención pueden presentar una menor adherencia. En general muchos de los pacientes con STUI presentan este tipo de limitaciones funcionales por la edad. Se ha constatado que la función ejecutiva y la memoria de trabajo afectan a la adherencia en mujeres de edad avanzada (> 75 años) con VH con prescripciones con AM⁵. La presencia de una persona cuidadora no supone una mejora evidente en la adherencia al tratamiento de la VH, sin embargo, vivir con un familiar sí ayuda¹.

Hábitos y estilos de vida

Los eventos que interfieren con la rutina diaria han tenido un impacto significativo en la adherencia. El nivel de adherencia en el paciente con VH es mayor en aquellos que no fuman o son exfumadores, practican ejercicio regularmente y de forma asidua (especialmente en el caso de las mujeres)¹.

6. Perfil del paciente con STUI no adherente en VH y HBP

Paciente con VH

El perfil de pacientes menos adherentes suele corresponderse con varones jóvenes (< 40-45 años), sin una buena relación profesional-paciente, con un nivel de renta medio-bajo, limitado apoyo familiar y una falta de concienciación e información en general sobre su enfermedad. Los niveles de adherencia de la mujer son muy superiores a los del hombre.

En cuanto a la edad, los niveles de adherencia alcanzan su máximo entre los 31 y 40 años, con prácticamente dos de cada tres pacientes adherentes y se van reduciendo en general a medida que la edad aumenta.

En cuanto al IMC, son más adherentes al tratamiento los pacientes con unas cifras normales de IMC, no en el caso de las mujeres que las más adherentes eran las que padecían obesidad de grado I y II.

En relación con la patología, tienen síntomas menos graves y reciben tratamiento con AM. Además, no presentan hábitos de vida saludables (tabaquismo, inactividad física, etc.)^{1,11}. Los pacientes abandonan los tratamientos por encontrarse mal (generalmente por EA) o por dificultades con la toma o administración del medicamento, o bien, por percibir una mejoría subjetiva en su proceso¹.

Paciente con STUI/HBP

La interrupción temprana es más frecuente entre las personas más jóvenes (< 60 años), con inadecuados ingresos económicos y sin una buena relación profesional-paciente¹⁰.

En relación con STUI/HBP, los varones con menor persistencia al tratamiento presentan molestias de leves a moderadas, sin un aumento importante del volumen prostático ni del valor normal del PSA^{10,11}. No suelen presentar comorbilidades asociadas. Además, suelen estar tratados con monoterapia²⁰. Las razones más importantes para la interrupción suele ser la resolución de los síntomas o bien la ausencia de mejoría de los síntomas, los eventos adversos o el precio de los fármacos^{21,31}.

Tabla 1: Resumen de los factores implicados en la adherencia

Factores socioeconómicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoyo sociofamiliar ▪ Estigmatización social (por la IU) ▪ Bajo nivel socioeconómico ▪ Precio elevado de la medicación
Factores relacionados con el sistema de salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mala relación sanitario-paciente ▪ Falta de información sobre la patología por parte del profesional sanitario ▪ Falta de comunicación entre profesionales sanitarios ▪ Dificultad en la accesibilidad a la atención sanitaria
Factores relacionados con la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baja intensidad de los síntomas ▪ Idea preconcebida del paciente que los STUI vienen por la edad (falta de concienciación) ▪ Mejoría sintomática
Factores relacionados con el tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complejidad de las pautas ▪ Formulación del fármaco ▪ Efectos adversos ▪ Duración prolongada del tratamiento ▪ Polimedicación
Factores relacionados con el paciente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas del paciente ▪ Desconocimiento de la enfermedad ▪ Percepción de falta de interés de la patología por los profesionales sanitarios ▪ Influencia de las comorbilidades ▪ Deterioro cognitivo

Bibliografía

1. Ribera JM, Gil V, Valdés C, et al. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas. Resultados descriptivos: Vejiga Hiperactiva. Madrid: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2017
2. Prats Más R. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2017. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf
3. Siu JY. Coping with patients suffering from overactive bladder: experiences of family caregivers in Hong Kong. *Health Soc Care Community*. 2017
4. Conocer la visión del paciente con STUI (VH+HBP). Investigación Cualitativa. Grupo Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2021
5. Kosilov KV, Loparev S, Kuzina I, et al. Comparison of objective and subjective factors in the adherence to antimuscarinics when treating overactive bladder in employed persons. *Ther Adv Urol*. 2017 Oct 5;9(12):271-279. doi: 10.1177/1756287217731010
6. Basra RK, Wagg A, Chapple C, et al. A review of adherence to drug therapy in patients with overactive bladder. *BJU Int*. 2008 Sep;102(7):774-9. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07769.x. Epub 2008 Jul 4. PMID: 18616691
7. Siu JYM. Communicating with mismatch and tension: Treatment provision experiences of primary care doctors treating patients with overactive bladder in Hong Kong. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2015 Dec 30 [cited 2019 Feb 16];16(1):160. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0380-0>
8. Smith AL, Nissim HA, Le TX, et al. Misconceptions and miscommunication among aging women with overactive bladder symptoms. *Urology*. 2011;77(1):55–9
9. Koh JS, Cho KJ, Kim HS, et al. Twelve-month medication persistence in men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia. *Int J Clin Pract*. 2014 Feb;68(2):197-202. doi: 10.1111/ijcp.12241. Epub 2013 Dec 22. PMID: 24372906
10. Zabkowski T, Saracyn M. Drug adherence and drug-related problems in pharmacotherapy for lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia. *J Physiol Pharmacol*. 2018 Aug;69(4). doi: 10.26402/jpp.2018.4.14
11. Soda T, Tashiro Y, Koike S, et al. Overactive bladder medication: Persistence, drug switching, and reinitiation. *Neurourol Urodyn*. 2020 Nov;39(8):2527-2534. doi: 10.1002/nau.24527. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32985716

12. Yeowell G, Smith P, Nazir J, et al. Real-world persistence and adherence to oral antimuscarinics and mirabegron in patients with overactive bladder (OAB): a systematic literature review. *BMJ Open*. 2018 Nov 21;8(11):e021889. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021889
13. Brostrøm S, Hallas J. Persistence of antimuscarinic drug use. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009;65(3):309–1
14. Vouri SM, Kebodeaux CD, Stranges PM, et al. Adverse events and treatment discontinuations of antimuscarinics for the treatment of overactive bladder in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017 Mar-Apr;69:77-96. doi: 10.1016/j.archger.2016.11.006
15. Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z, et al. Persistence and Adherence with mirabegron versus antimuscarinic agents in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Observational Study in UK Clinical Practice. *Eur Urol*. 2017 Sep;72(3):389-399. doi: 10.1016/j.eururo.2017.01.037. Epub 2017 Feb 11. PMID: 28196724
16. Carlson KV, Rovner ES, Nair KV, et al. Persistence with mirabegron or antimuscarinic treatment for overactive bladder syndrome: Findings from the PERSPECTIVE registry study. *Low Urin Tract Symptoms*. 2021 Oct;13(4):425-434. doi: 10.1111/luts.12382
17. Wani MM, Sheikh MI, Bhat T, et al. Comparison of antimuscarinic drugs to beta adrenergic agonists in overactive bladder: A literary review. *Curr Urol*. 2021 Sep;15(3):153-160. doi: 10.1097/CU9.0000000000000037
18. Song YS, Lee HY, Park JJ, et al. Persistence and Adherence of Anticholinergics and Beta-3 Agonist for the Treatment of Overactive Bladder: Systematic Review and Meta-Analysis, and Network Meta-Analysis. *J Urol*. 2021 Jun;205(6):1595-1604
doi: 10.1097/JU.0000000000001440. Epub 2020 Nov 18. PMID: 33207141
19. Cindolo L, Pirozzi L, Petros S, et al. Patient's adherence on pharmacological therapy for benign prostatic hyperplasia (BPH)-associated lower urinary tract symptoms (LUTS) is different: is combination therapy better than monotherapy? *BMC Urology* (2015) 15:96. DOI 10.1186/s12894-015-0090-x
20. Shortridge E, Donatucci C, Donga P, et al. Adherence and Persistence Patterns in Medication Use Among Men With Lower Urinary Tract Symptoms/Benign Prostatic Hyperplasia. *Am J Mens Health*. 2017 Jan;11(1):164-169. doi: 10.1177/1557988315616676
21. Landeira M, Mora Blázquez AM, Martins de Almeida R, et al. A retrospective analysis comparing persistence and adherence to treatment with free- vs fixed-dose combination of an alpha blocker and an antimuscarinic agent in men with LUTS in Spain. *Int J Clin Pract*. 2020 Nov;74(11):e13616. doi: 10.1111/ijcp.13616. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32681522; PMCID: PMC7685104
22. Ganz ML, Liu J, Zou KH, et al. Real-world characteristics of elderly patients with overactive bladder in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(12):1997–2005

23. Wagg A, Arumi D, Herschorn S, et al. A pooled analysis of the efficacy of fesoterodine for the treatment of overactive bladder, and the relationship between safety, co-morbidity and polypharmacy in patients aged 65 years or older. *Age Ageing* [Internet]. 2017 Jan 4 [cited 2018 May 2];46(4):620–6. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28057620>
24. A.S. Kesselheim, K. Bykov, J. Avorn, et al. Burden of changes in pill appearance for patients receiving generic cardiovascular medications after myocardial infarction: cohort and nested case-control studies. *Ann Intern Med*, 161 (2014), pp. 96-103.
<https://www.acpjournals.org/doi/pdf/10.7326/M13-2381> | Medline
25. Ferrer F, Peris MT, Moya C, et al. Estudio de conocimiento, uso y evaluación de los fármacos genéricos y de sus sustituciones bioequivalentes en tres farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana. *Farm Com.* 4 (Suplemento 1)
26. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Artículo 87.1[BOE-A-2015-8343]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015
27. Disposición final primera del RD 81/2014 que modifica el artículo 3 del RD 1718/2010 que regula la receta médica y las órdenes de dispensación
28. Benner JS, Nichol MB, Rovner ES, et al. Patient-reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. *BJU Int*. 2010 May;105(9):1276-82. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.09036.x
29. Cicione A, Lombardo R, Umbaca V, et al. Patients' Preferences and Expectations in Overactive Bladder: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023 Jan 4;12(2):396. doi: 10.3390/jcm12020396. PMID: 36675324; PMCID: PMC9864850
30. Mankowski C, Ikenwilo D, Heidenreich S, et al. Men's preferences for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: a discrete choice experiment. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Nov 24;10:2407-2417. doi: 10.2147/PPA.S112161

CAPÍTULO 5

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA EN STUI: CLÍNICAS Y FARMACOECONÓMICAS

CONSECUENCIAS CLÍNICAS

La adherencia al tratamiento está relacionada con la eficacia percibida¹, con los EA y los costes del tratamiento, principalmente en aquellos países donde los fármacos no están financiados. La baja adherencia terapéutica tiene como efecto malos resultados de salud, ofrece una menor calidad de vida, supone un fracaso para el profesional y aumenta los costes sanitarios.

Los principales problemas con farmacoterapia en STUI se asocian con su eficacia moderada sin proporcionar una curación completa de la enfermedad o de los síntomas, lo que resulta en baja persistencia en el tratamiento². Además, la incidencia de EA a corto y largo plazo asociados con algunos compuestos lo hace factor limitante.

Ante la pérdida de adherencia, la primera implicación clínica es que el paciente si no tuvo cambios en su evolución, vuelve al punto de partida y a la consulta si la entidad de los síntomas persiste. Esto necesariamente obliga a analizar las causas de la baja adherencia terapéutica, a revisar el diagnóstico y analizar que fármacos o combinaciones están relacionados.

1. Implicaciones clínicas de baja adherencia

La evaluación de las consecuencias de la baja adherencia terapéutica exige el análisis de las causas individualmente, lo que puede revertir dicha situación. **En VH**, en orden de frecuencia³ se da por baja eficacia (41,3 %), por EA (22,4 %) y por el coste (18,7 %). Se observa mayor adherencia en aquellos fármacos que no producen un coste para el paciente, tipo de formulación (mayor adherencia en prolongada), la edad (menor adherencia en pacientes más jóvenes), expectativas del tratamiento y sexo (mayor adherencia en las mujeres).

Como consecuencia de la baja adherencia para su manejo necesitamos una reevaluación adecuada de comorbilidades, tratamientos asociados, conocer toda problemática de dispensación, lo que nos hará hacer diseños de estrategias de trabajo interdisciplinar realistas y útiles con implicación incluso de la atención primaria.

Otra consecuencia clínica es la necesidad de dedicar a cada paciente el tiempo necesario, individualizar el tratamiento y evitar pérdida de adherencia por factores de confusión en la comunicación con el paciente. El uso de herramientas diagnósticas, estudio urodinámico, (IPSS- Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos, DM3D- Diario Miccional de 3 días, CACV- Cuestionario de autoevaluación del Control de la Vejiga, etc.) puede influir positivamente en tomar conciencia de la respuesta terapéutica en el tiempo que, a su vez, puede favorecer adherencia de los pacientes al tratamiento. El análisis subjetivo de la eficacia del fármaco contribuye a cambios en la medicación y aumento de los costes sanitarios.

La HBP representa un importante problema de salud pública debido a su creciente prevalencia, naturaleza progresiva y costes de tratamiento⁴. Las directrices actuales en función de la sintomatología, gravedad de los síntomas y riesgo de progresión, recomiendan el uso de terapias combinadas de AB con 5ARI y AB con AM para el tratamiento de los STUI asociados con la HPB^{4,5}. La adherencia de los pacientes a la farmacoterapia para los STUI asociados con la HBP es baja y la necesidad de combinar dos fármacos para tratar la HBP representa un serio obstáculo para una mejor adherencia. En una cohorte de 97.407 pacientes, la adherencia a 5 años fue del 42% y sólo al final del seguimiento 12270 enfermos (20,1%) continuaron con la terapia farmacológica prescrita. **La persistencia** en el tratamiento farmacológico se asoció con una **menor tasa de hospitalización** por causa relacionada a la HBP **y de cirugía por la misma**⁵.

Las terapias combinadas en un solo comprimido ayudan a mejorar los problemas de adherencia a la farmacoterapia para los STUI.

2. Baja adherencia- Baja gravedad de síntomas

En el contexto de un varón con STUI/HBP, los síntomas de llenado son los que más afectan a la calidad de vida de los pacientes.

Es importante comentar con los pacientes que pueden tener EA antes de notar una mejoría en eficacia y que deben esperar unas semanas hasta notar el efecto. En general, los pacientes con síntomas más graves toleran mejor los EA que aquellos con síntomas menos severos porque les compensa el beneficio frente a los EA. Está demostrado que en una población de estudio que comprende 2.640 hombres, la tasa de adherencia para cualquier medicamento STUI/HBP fue del 40 %⁴.

Se evaluó¹ la persistencia del tratamiento médico con un AB solo, frente a un AB más AM. Los pacientes en terapia combinada permanecieron más días en tratamiento, pero, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa frente a la monoterapia, concluyeron que la carga adicional de medicamentos

no tuvo un efecto negativo sobre la adherencia al tratamiento. Otro tercer estudio⁵, con un total de 1.891 hombres en los Países Bajos que recibieron un AB más un AM en dosis fija o terapia concomitante mostraron que la mediana del tiempo hasta la interrupción fue significativamente más tiempo con la combinación fija. La persistencia a los 12 meses fue del 51,3% frente al 29,9%, respectivamente.

En un estudio prospectivo de práctica clínica real en el que los pacientes estaban con tratamiento de dosis fija de tamsulosina 0,4mg y solifenacina 6mg, se observó que el 77% de los pacientes persistían en tratamiento en la evaluación de la semana 40-52⁶.

En VH la adherencia es función también de la escala de gravedad de síntomas. Finalmente, llevando esto al extremo comparativo, basta solo contrastar la adherencia terapéutica con los AM en VH de causa neurógena con pacientes con VH no neurógena. Una consecuencia fundamental para el médico de la baja adherencia es la necesidad que tenemos de establecer escalas de gravedad confiables y validadas, que junto al fenotipado de pacientes y junto a una mayor precisión diagnóstica, limitaría la baja adherencia terapéutica.

3. Baja adherencia- Altas expectativas

Cuando los médicos planifican un posible tratamiento para STUI, deben tener en cuenta las expectativas de los pacientes y deben de conocer cuanto espera mejorar el paciente de su problema. En la encuesta PROBE de Emberton⁷ informaron que más de la mitad de los pacientes habían discutido sobre la cirugía relacionada con la próstata o la eventual retención urinaria con su médico. La mayoría de ellos manifiestan una seria preocupación por desarrollar estas complicaciones. Este estudio ha proporcionado una mejor comprensión de las preferencias y la satisfacción del tratamiento de HBP y sugieren que las expectativas del paciente y del médico no siempre coinciden

En respuesta a los síntomas, los médicos parecen proporcionar un diagnóstico rápido y completo e instigar el uso temprano del tratamiento farmacológico con miras a lograr un alivio rápido y eficaz de los síntomas. Por el contrario, los pacientes están dispuestos a cambiar el alivio inmediato de los síntomas por una reducción del riesgo de progresión, prefiriendo un tratamiento farmacológico que proporcione una reducción del 50% en el riesgo de cirugía y alivio de los síntomas a largo plazo (incluso después de 6 meses), frente a un tratamiento que alivie los síntomas a corto plazo (durante semanas) pero sin reducción en el riesgo de cirugía en el largo plazo. La encuesta confirmó cómo la mayoría de los pacientes con HBP están interesados en el efecto a largo plazo de tratamiento y sus creencias son completamente diferentes al criterio médico, que consideraba que la mayoría de los pacientes estaban más interesados en el alivio

inmediato de los síntomas más que en los EA a largo plazo. La insatisfacción con el resultado del tratamiento o no tener explicación es otra situación que se presenta al evaluar las expectativas del paciente.

4. Baja adherencia- Revisión de diagnóstico

Si el paciente no soporta los EA y además no mejora la sintomatología, abandona el tratamiento. El médico debe cuestionarse el diagnóstico o la indicación y en ocasiones volver al punto de partida. La consideración de síntomas refractarios es la primera consecuencia y debemos reevaluar al enfermo. Por otra parte, si los síntomas mejoran y los EA hacen intolerable el tratamiento, la situación tiene otra consideración.

Existe una brecha entre las directrices de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), las recomendaciones de guías clínicas, los resultados de ensayos clínicos y la práctica clínica real^{8,9}. La experiencia personal y los conocimientos de los médicos suelen ser limitada por varios sesgos y lagunas de conocimiento, por lo que la EBM pretende mejorar el proceso de toma de decisiones. Por el contrario, a los críticos les preocupaba que el énfasis EBM podría subestimar el conocimiento tácito que los médicos pueden acumular con su experiencia clínica¹⁰. Además, cuestionaron si los resultados de la investigación firmada podrían aplicarse estrictamente a pacientes reales, que a menudo difieren significativamente de los incluidos en ensayos clínicos. Por último, EBM ignora con frecuencia las preferencias y valores de los pacientes, reduciendo teóricamente su adherencia al tratamiento propuesto. En la “vida real” la baja adherencia terapéutica a los medicamentos prescritos es un problema reconocido para enfermedades crónicas¹¹. Para HBP muchos estudios han mostrado resultados concordantes:

1. La adherencia informada en ensayos clínicos es más alta que la observada en la vida real
2. La duración del tratamiento para STUI asociados con HBP es extremadamente corta;
3. La adherencia al tratamiento es generalmente baja.

Todos estos datos podrían influir negativamente en las tasas de hospitalización relacionadas con la HBP y con su cirugía.

La atención centrada en el paciente¹² puede ayudar a abordar algunas barreras modificables relacionadas con la baja adherencia terapéutica. Los datos emergentes demuestran que la atención centrada en el paciente en forma de navegadores de tratamiento mejora la adherencia a la terapia de la VH y la progresión a terapias avanzadas en el paciente apropiado.

Indudablemente, este enfoque en casos de baja adherencia terapéutica pasa por revisar el diagnóstico, hacerlo más preciso, etc. Se hace necesario establecer expectativas de tratamiento realistas y adaptar la terapia para mejorar la adherencia a la terapia, optimizar los resultados y reducir los gastos de atención médica. Se necesita más investigación para desarrollar y estudiar soluciones escalables y de bajo costo.

Ante sintomatología de llenado considerada refractaria persistente, debemos considerar estudios completos indicados con diario miccional, flujometría con residuo, determinación de volumen prostático, cistoscopia/citología de orina y estudio urodinámico. Esto nos delimitará el diagnóstico, que ante obstrucción valoraríamos tratamiento desobstrutivo, y ante ausencia de obstrucción valoraríamos la utilización de tratamientos de segunda línea (toxina botulínica / neuro-modulación).

Finalmente, la falta de un método válido para medir el cumplimiento es por sí mismo una barrera importante para la investigación de la adherencia. Una conflictividad de las terapias combinadas es no disponer en algunas de ellas, dos o tres fármacos incluidos en una misma píldora (como Trinomia®) lo que facilitaría su adherencia¹³. Es importante recordar que la estrategia “mejorar el cumplimiento disminuyendo el número de píldoras” ha sido ampliamente demostrada en otros campos de la medicina.

5. Baja adherencia- Revisión de alternativas terapéuticas

Ante persistencia de síntomas moderados o graves en HBP, si el paciente demanda solución ha de considerarse la opción que viene recogida en las Guías de la EAU 2022¹⁴ con grado de recomendación fuerte : Ofrecer resección transuretral bipolar o monopolar de la próstata para tratar quirúrgicamente en casos de STUI de moderados a graves en hombres con un tamaño de próstata de 30-80 ml. Consideraciones prácticas: la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la ITUP son tratamientos efectivos para los STUI de moderados a severos secundarios a HBP. La elección debe basarse principalmente en el volumen de la próstata (<30 ml y 30-80 ml adecuados para ITUP y RTUP, respectivamente). El límite superior para la RTUP se sugiere en 80 ml (según la opinión de expertos del Panel de la EAU).

En lo que se refiere a VH la baja adherencia con persistencia de síntomas plantearía según el tratamiento inicial y antes de segunda línea dosis escalables y combinaciones que se exponen en otro apartado.

6. Baja adherencia por principio activo

Otra creciente preocupación es, la posibilidad de que el uso a largo plazo de algunos medicamentos pueda causar EA, incluido el deterioro de la cognición entre ancianos vulnerables. La no adherencia es una alerta beneficiosa en esta situación. La utilización de agentes anticolinérgicos que no pasan la barrera

hematoencefálica es deseable, controlando carga anticolinérgica tanto central como periférica por influencia de otros fármacos con dicho efecto.

Para explicar la baja adherencia terapéutica, no existen medicamentos para uso clínico disponibles para aumentar la contractilidad del detrusor en pacientes con hipoactividad sintomática del detrusor, sigue siendo uno de los grandes retos de investigación en el que se debería actuar de forma preferente. Muchas disfunciones miccionales requerirían el empleo de fármacos en este sentido.

Existe un estancamiento evidente en el número de medicamentos actualmente disponibles para monoterapia, lo cual ayudaría a aumentar la adherencia y persistencia.

En lo que se refiere a los STUI del varón los EA de orden sexual de AB y 5ARI han de conjugarse con precisión ante otras alternativas como la cirugía si se indica.

No hay datos de adherencia al tratamiento de los inhibidores de la fosfodiesterasa (IPDE5) empleados para los STUI, si para disfunción eréctil.

Respecto a *Serenoa Repens*, no hay datos de adherencia al tratamiento, pero de datos fármaco-económicos se estima que la adherencia es muy superior al resto de fármacos para tratamiento de los STUI debido a la menor carga de EA (opinión de experto).

7. Baja adherencia- Escalada de dosis-cambio de anticolinérgico

Ante un caso de baja adherencia terapéutica sintomática existen diferentes actitudes en la práctica clínica. Por un lado, aumentar la dosis del fármaco elegido. En un meta-análisis diseñado para evaluar la eficacia, la tolerabilidad y la seguridad de darifenacina la cual no está disponible en España (7,5 y 15 mg una vez al día), a partir de un análisis de datos agrupados de tres ensayos clínicos de fase III, multicéntricos, doble ciego en pacientes con vejiga hiperactiva, hubo una tendencia dosis-respuesta significativa con buena tolerancia, sin problemas de seguridad cardiovascular o del sistema nervioso central¹⁵. Cuando el tratamiento con un AM es ineficaz, la escalada de dosis de AM es una alternativa recomendada¹⁶. La ganancia en eficacia con la dosis de la escalada estuvo inevitablemente acompañada por una mayor incidencia de EA de tipo antimuscarínico¹⁷.

Otra alternativa es el cambio de un AM por otro AM. El principal problema con la terapia AM es la baja tasa de persistencia en el tratamiento con este cambio¹⁵ no pudiéndose identificar el AM de mayor adherencia.

Los fármacos de formulación de liberación prolongada presentan mayor adherencia, pero con la mitad de los pacientes suspendiendo el tratamiento dentro de los primeros 3 meses.

Los agonistas beta-3 adrenérgicos constituyen una clase de medicamentos de primera línea y una opción de tratamiento para los pacientes en los que los STUI de VH refractarios a manejo conservador, con diferente mecanismo de acción y con buena tolerabilidad (tasa de sequedad de boca similar a placebo)¹⁴.

8. Baja adherencia- Combinaciones

El uso de fármacos combinados, cuya pretensión es lograr mejores resultados clínicos, reducir EA y mejorar tanto la eficacia como la adherencia se usarán con más frecuencia en el futuro. La preocupación esencial es la aparición de EA irreversibles a largo plazo⁴. Falta evidencia sobre la persistencia de otras posibles combinaciones no autorizadas que se puedan estar utilizando en práctica clínica.

AB más AM

Actualmente, las directrices de la EAU recomiendan el uso del tratamiento combinado de un AB más AM en pacientes con STUI moderado-grave si el alivio de los síntomas de almacenamiento ha sido insuficiente con la monoterapia con cualquiera de los fármacos¹⁴.

AB más β 3

Con la misma justificación de la combinación anterior, añadir un β 3 a un AB puede ser más adecuado para algunos pacientes en función de su perfil clínico¹⁸. Para evaluar la terapia complementaria de mirabegrón con tamsulosina, 676 hombres con VH y STUI/HBP se evaluaron en un doble ciego, estudio controlado con placebo. Los pacientes del grupo de tamsulosina 0,4 mg que recibieron mirabegrón 50 mg tuvieron menor frecuencia de micciones diarias y menor puntuación total de urgencia y frecuencia. El tratamiento de tamsulosina y mirabegrón fue bien tolerado, y no hubo hallazgos de seguridad inesperados.

AB más 5ARI

Actualmente, las Guías de la EAU¹⁴ recomiendan la terapia combinada con bloqueadores alfa y 5ARI para pacientes con STUI moderados a graves y un mayor riesgo de progresión de la enfermedad (volumen prostático por encima de 40gr, mayor concentración sérica de PSA [$>1,4$ ng/ml], edad avanzada, mayor PVR, menor Qmax). Los efectos beneficiosos sobre la aparición de complicaciones de la terapia combinada son más evidentes cuando el tratamiento es a largo plazo (más de 12 meses)^{19,20,21}. La terapia combinada ha demostrado una adherencia a 5 años del 20%¹³. Es muy importante conocer que es probable que los pacientes con STUI y próstata moderadamente agrandada, que reciben inicialmente una terapia combinada

con finasterida y un AB, **no experimenten un deterioro significativo de los síntomas después de suspender el AB después de 9 a 12 meses de terapia combinada, independientemente de la dosis de AB seleccionado elegido**²¹.

No existen datos de adherencia para AB más 5ARI más AM ni para AB más 5ARI más β 3, combinaciones que tienen lugar en la práctica médica habitual en determinados tipos de pacientes.

Conclusiones

1. La adherencia al tratamiento es relacionada con la eficacia percibida, con los EA y los costes del tratamiento. La baja adherencia terapéutica tiene como efecto malos resultados de salud, ofrece una menor calidad de vida, supone un fracaso para el médico y aumenta los costes sanitarios. Cuando la eficacia está demostrada, la adherencia es consecuencia clínica.
2. Los principales problemas con farmacoterapia en STUI se asocian con su eficacia moderada estando reconocido que el tratamiento mejora los síntomas, pero sin ser un tratamiento curativo, lo que resulta en baja adherencia terapéutica. Además, la incidencia de EA a corto y largo plazo asociados con algunos compuestos lo hace factor limitante.
3. El uso a largo plazo de algunos medicamentos puede causar EA, incluido el deterioro de la cognición entre ancianos vulnerables. Debemos valorar la carga anticolinérgica y comorbilidades asociadas en los pacientes que se considere el tratamiento anticolinérgico para el síndrome de VH, tanto central como periférica, seleccionar fármacos libres de ésta y considerar que la no adherencia es una alerta beneficiosa en esta situación.
4. No existen medicamentos para uso clínico disponibles para aumentar la contractilidad del detrusor en pacientes con hipoactividad sintomática del detrusor, sigue siendo uno de los grandes retos de investigación en el que se debería actuar de forma preferente.
5. Hay pocos estudios de seguimiento clínico de los enfermos que abandonan el tratamiento de los STUI y desconocemos el devenir de su enfermedad a corto y largo plazo y si sabemos que no experimentan un deterioro significativo de los síntomas después de suspender el AB a los 12 meses de tratamiento.
6. El paciente juega un papel clave en la decisión de iniciar y/o continuar tratamiento. La baja adherencia con persistencia de síntomas pasa por revisar el diagnóstico y hacerlo más preciso, para

tener una **atención centrada en el “diagnóstico” de cada paciente**. Por mucho que nos centremos en el paciente, sin un buen diagnóstico se mantendrá la baja adherencia terapéutica.

CONSECUENCIAS FARMACOECONÓMICAS

El objetivo de esta sección en concreto es ofrecer una visión sobre las consecuencias farmacoeconómicas de la falta de adherencia a los tratamientos en STUI.

Antes de ello, sin embargo, es importante remarcar que la carga socioeconómica de STUI no es baladí por el impacto multidimensional sustancial en los pacientes (calidad de vida, productividad laboral, sexualidad, bienestar físico y emocional) y la carga económica en los sistemas de salud, con importantes implicaciones de salud pública y gestión clínica²².

Como ejemplo, se ha valorado la magnitud de los costes socioeconómicos de los pacientes con IU respecto a pacientes sin ésta en EEUU, siendo éstos significativos²³. Y sin olvidar que la carga socio económica asociada con el STUI recae sobre la población activa²⁴.

Volviendo al tema que nos atañe, y con respecto a las causas de la falta de la adherencia en STUI, la literatura revisada pone de manifiesto la falta de eficacia del tratamiento y los EA como clave, teniendo en cuenta que la percepción de esa falta de eficacia depende en muchos casos de las expectativas de los pacientes. Sin embargo, hay otros aspectos, incluidos los económicos, que afectan al grado de adherencia. En este sentido, es importante remarcar que una causa que se ha identificado es la existencia de cobertura sanitaria y reembolso de los tratamientos para STUI. Como luego veremos, muchos de los estudios incluidos en la revisión han sido realizados en EEUU, donde el sistema sanitario se financia de manera diferente a nuestros sistemas de salud europeos (incluido España), y donde tener, o no, seguro médico es crítico a la hora de tener acceso a estos tratamientos.

Con respecto a las consecuencias de la falta de adherencia, el informe de la SEFH²⁵ pone de manifiesto la magnitud económica del problema (más allá del impacto clínico en el paciente) en muchas áreas terapéuticas. Desafortunadamente, no incluyen ejemplos para STUI, por lo que es importante también evaluar el impacto económico que puede generar la reducción en la adherencia al tratamiento en STUI, ya que la falta de reconocimiento de la no adherencia al final conlleva, entre otros, unos costes del manejo de la enfermedad más altos.

Antecedentes farmacoeconómicos

Existe una descripción general de las barreras y los facilitadores para el inicio de tratamiento, y su adherencia, en VH¹². La baja adherencia se explica por diversos factores, mencionándose explícitamente eficacia inadecuada, tolerabilidad, coste/copago al que se enfrenta el paciente y no utilizar las herramientas diagnósticas. Desde este punto de vista, se distinguen entre barreras que normalmente son 'fijas' (el coste sería una de ellas, así como un sistema de seguros médicos complejo, además de eficacia y tolerabilidad), mientras que otras serían 'modificables' (por ejemplo, falta de conocimiento, experiencias negativas con otros tratamientos, mala comunicación con los profesionales sanitarios).

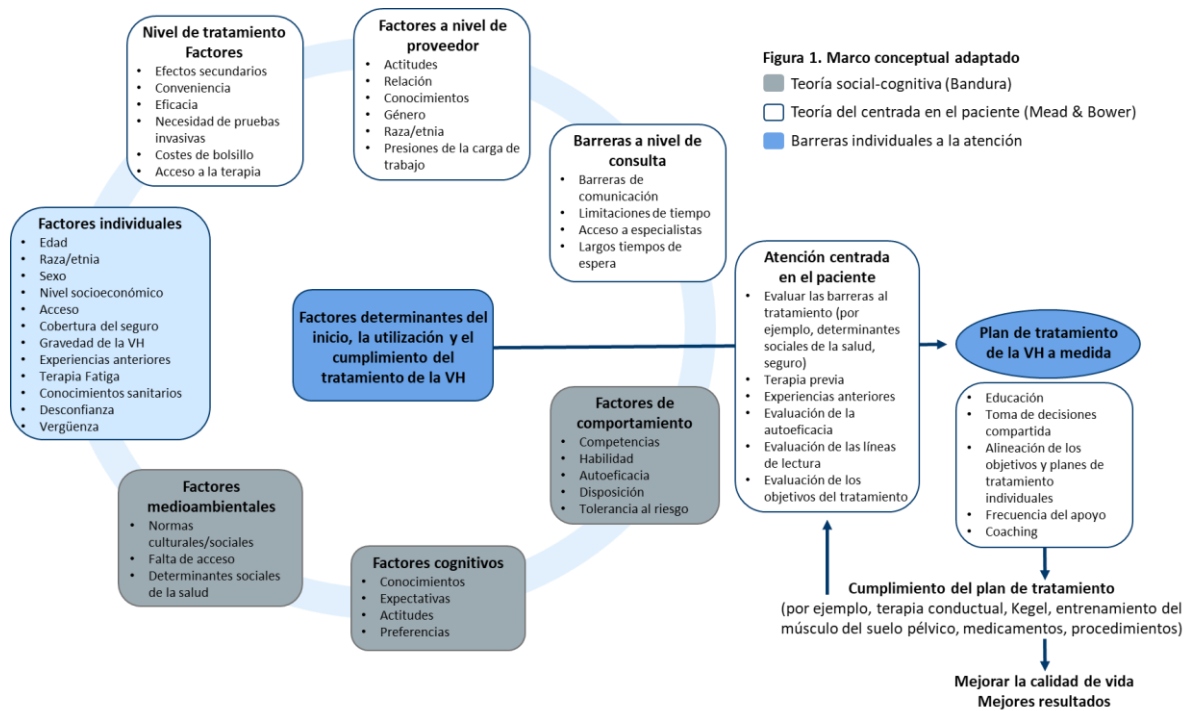
En el primer año de tratamiento, se observó un menor uso de recursos sanitarios con mirabegrón en comparación con AM, lo que se tradujo en un menor coste directo medio por paciente y año, a pesar de su mayor coste de adquisición, porque no sólo importa el coste de adquisición del fármaco, sino el general teniendo en cuenta los recursos totales. El aumento de la persistencia del tratamiento, así como el uso racional de los tratamientos disponibles, mejoran el tratamiento de la VH y, en consecuencia, la calidad de vida de los pacientes²⁶.

También se incluyen tratamientos no farmacológicos, como cambios en el estilo de vida, terapia conductual y entrenamiento del músculo del suelo pélvico (EMSP). Y para estos tratamientos las causas económicas sí juegan un papel importante para reducir la adherencia, ya que el acceso a fisioterapeutas y las variaciones en la cobertura del seguro plantean desafíos significativos para el EMSP supervisado¹².

El coste para el paciente, definido como el copago, puede llegar a ser una causa de falta de adherencia. Por ejemplo, para tratamientos de primera línea, el coste *per se* no se menciona explícitamente, aunque si hay factores económicos relacionados con mala adherencia (estos tratamientos son de bajo riesgo, pero requieren un cambio de comportamiento, autoeficacia, esfuerzo mental/físico, tiempo, capacidad, recursos y paciencia). Las terapias de segunda línea sí que requerirían de una cobertura sanitaria y copagos apropiados, así como tolerancia a los EA. Las terapias avanzadas utilizadas como tercera línea, por otra parte, implican procedimientos mínimamente invasivos que requieren una cobertura de seguro adecuada y acceso a un especialista.

Como resumen gráfico, la Figura 1 muestra los determinantes de uso y adherencia de los tratamientos para VH. Para esta sección concretamente, tenemos como uno de los factores a nivel 'tratamiento' los costes para el paciente – *copago* – que dependerá de cada país, y dentro de cada país también podría variar entre regiones o aseguradoras.

Figura 1: Determinantes de uso y adherencia de los tratamientos para VH¹²



Desde otros puntos de vista, el estatus socio económico tendría impacto, así como el coste (financiero o personal) del tratamiento²⁷. A nivel del paciente, destaca la importancia del copago o reembolso: en el caso del Reino Unido se menciona que el copago del paciente es cero o reducido, por lo que el coste no tendría efecto importante. Sin embargo, en otros países los pacientes sí se enfrentan a copagos altos, afectando a la adherencia²⁷.

Otro aspecto relacionado con temas económicos es el grado de conocimiento de los costes/precios de los tratamientos por parte de los médicos y si los tratamientos están financiados por los sistemas sanitarios²⁷. Así, en sistemas donde se utilizan los tratamientos más baratos, con una eficacia reducida o con EA importantes, puede implicar una reducción en la adherencia por razones ‘económicas’. Estos autores reflexionan que, si bien el coste no debería ser el principal factor en la toma de decisiones clínicas, la relación coste-beneficio de los tratamientos para condiciones que no son potencialmente mortales es probable que sea importante tanto para el paciente como para el sistema sanitario/proveedores de salud.

Algunos estudios evalúan los factores en la adherencia para tratamientos específicos. Por ejemplo, en pacientes en tratamiento con solifenacina, se evaluó los factores sociales, económicos y médicos asociados con su cumplimiento de la terapia entre los trabajadores que sufren de STUI, encontrando que algunos factores económicos, como el nivel de renta anual del paciente y el porcentaje del salario que represente el gasto de este tratamiento, tienen una correlación fuerte; la renta mensual tendría un efecto más

moderado, pero también significativo²⁴. Los resultados de este estudio muestran también que los pacientes de edad avanzada son más adherentes, en parte porque tendrían un nivel de renta más alto y el copago que tendrían que desembolsar (si fuera el caso) para el tratamiento no sería una barrera²⁴.

En EEUU, la capacidad de pago de los pacientes tiene un impacto directo en la persistencia de los pacientes con los tratamientos y asegura los beneficios económicos de utilizar correctamente las prescripciones médicas para el empleador y para el empleado (paciente)²⁸. Además, el aumento tanto del copago (en términos absolutos) como del copago relativo (expresado como porcentaje del salario destinado a la medicación) se asociaron con una menor adherencia.

Así mismo, se identifican el coste del medicamento y aspectos relacionados con las coberturas de los seguros médicos como razones importantes a discontinuar el tratamiento (aunque siempre por detrás de falta de eficacia y EA)²⁸.

Respecto a la teleasistencia para el tratamiento de la enfermedad en comparación con las visitas presenciales, sin ser demasiado relevante para nuestra sección, es interesante remarcar que, desde el punto de vista económico, tener seguro médico sería el quinto factor que impacta en la posibilidad de ofrecer teleasistencia. Aunque también es cierto que el impacto es limitado, ya que solo un 8% de los proveedores sanitarios encuestados para el estudio mencionan o señalan 'tener seguro' como un factor a considerar en el uso de la teleasistencia²⁹. De hecho, ninguno lo mencionó como una barrera a su uso. Esto puede ser debido a la expansión actual en el uso de la telemedicina después de la Covid-19, ya que tener o no seguro sí había sido identificado como una barrera antes de la pandemia.

En otro estudio relevante se examinan los resultados y el cumplimiento de la estimulación percutánea del nervio tibial (EPNT) para los síntomas de VH³⁰. Sin embargo, en este caso, muestran que el copago asociado a la visita, así como la situación laboral y la distancia al centro, no están asociados a la interrupción de los tratamientos semanales o la continuidad al mantenimiento mensual (en este caso también la falta de eficacia es la razón más frecuente para explicar el incumplimiento terapéutico). Los autores también esgrimen que parece que el reembolso por parte de las aseguradoras está mejorando para este tratamiento, lo que limita el coste como una barrera para comenzar o continuar con el EPNT.

Un artículo que compara las tasas de persistencia, adherencia y cambio para las formulaciones de liberación inmediata y prolongada de oxibutinina y tolterodina para pacientes inscritos en un plan regional de salud³², encuentra que el nivel de copago no afecta a la persistencia o a la adherencia a este tratamiento. Los

autores argumentan que, aunque pagar el coste total del medicamento fue un factor determinante en la decisión de buscar farmacoterapia, la falta de influencia del coste pagado por el paciente sugiere que otros factores, incluidos los factores no medidos en su estudio, son predictores más importantes de persistencia que superar las barreras financieras para el tratamiento de iniciación. Además, como dicen los autores, los resultados son generalizables solo a los pacientes con cobertura sanitaria.

Consecuencias farmacoeconómicas

Hemos identificado pocos estudios que cuantifican el impacto económico de la falta de adherencia en STUI. Uno de ellos argumenta que la adherencia al tratamiento es el mejor predictor de la disminución de los costes anuales de los gastos relacionados con VH¹².

Habría que realizar más esfuerzos para evidenciar lo que supone el impacto económico de la falta de adherencia y, así, sensibilizar para crear programas de mejora de adherencia.

Además, las guías clínicas de las asociaciones médicas no suelen tener en cuenta los gastos del paciente, o si tiene seguro médico, por lo que la adherencia a la terapia de VH sigue siendo una barrera importante para el control de los síntomas, la mejora de la calidad de vida y la contención de costes sanitarios.

Uno de los pocos estudios que analizan la relación entre adherencia y costes socio económicos compara una batería de costes directos, costes indirectos y efectos de absentismo laboral, entre pacientes con más de un 80% de adherencia y con menos del 80%: recursos sanitarios (farmacológicos y no farmacológicos), bajas por enfermedad, discapacidad a corto plazo, discapacidad a largo plazo, y compensaciones a los trabajadores por el absentismo. Su resultado principal demuestra la importancia de una buena adherencia si queremos ser eficientes con nuestros recursos para tratar esta enfermedad: los pacientes con una adherencia mayor o igual al 80% tuvieron un menor gasto médico, menor gasto por bajas laborales, y menores costes de discapacidad a corto plazo, aunque el gasto farmacológico fue más alto, que los empleados con una adherencia < 80%. Más concretamente, encuentran que los gastos médicos, gastos por bajas laborales, y costes por discapacidad a corto plazo, serían \$2.238, \$172, y \$223 más altos respectivamente para los pacientes con tasas de adherencia por debajo del 80%²⁸. Estas diferencias aparentemente no se deben a diferencias fácilmente medibles distintas de la adherencia.

Sobre los gastos farmacológicos más altos (\$1.528) para los más adherentes, los autores comentan que probablemente se explican principalmente por los tratamientos adicionales reembolsados por las aseguradoras (que incluiría el copago del paciente y la cobertura por parte de la empresa).

En general, son pocos los estudios que examinan el impacto de la falta de adherencia en costes sanitarios, aunque lo poco que hay si muestra como los costes serían más altos cuando las tasas de discontinuidad son más altas²⁸. Y que, además, existen estudios que muestran que tasas más altas de adherencia se asocian con menores costes médicos en hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, poblaciones con asma, depresión y enfermedades CV²⁸.

En un análisis muy interesante para EEUU (aunque de hace bastantes años), se estima que, después de controlar por otras variables, el aumento de la proporción de posesión de medicamentos AM (*Medicines Possession Ratio, MPR*) siguió siendo el predictor más fuerte de la disminución de los costes totales anuales de atención médica: un aumento del 10% en la MPR reduce los costes anuales en un 5,6%³². Esto muestra la asociación fuerte entre la disminución de la adherencia a los AM y el aumento del uso de servicios de atención médica en adultos mayores con STUI.

Por su parte, otros estudios que, si bien no cuantifican el impacto, también argumentan que la no adherencia y/o la no persistencia al tratamiento farmacológico tiene un gran impacto sobre los resultados de salud, pero que además generan unos costes económicos altos, con respecto a la utilización de recursos de atención médica (medicamentos desperdiciados y el aumento de demanda de otros recursos sanitarios), especialmente para enfermedades crónicas de larga duración, como STUI^{33,34}.

Conclusiones

En esta sección se ha resumido la evidencia identificada sobre las consecuencias farmacoeconómicas de la falta de adherencia a los tratamientos en STUI. Si bien la falta de eficacia y las reacciones adversas son las principales causas de la falta de adherencia, las razones económicas también pueden jugar un papel importante. Y aquí podemos incluir el coste del tratamiento y el copago del paciente, que dependerá de si tiene seguro médico o el sistema sanitario lo financia.

Por otra parte, la evidencia, aunque escasa, es clara sobre las consecuencias económicas de esta falta de adherencia. Así, ha quedado cuantificado en EEUU el impacto significativo en costes médicos directos y costes indirectos incluidos los relacionados con el absentismo laboral.

Así, y para concluir esta sección, insistir en la importancia de que los sistemas sanitarios tengan recursos y estrategias para que, de manera eficiente, evalúen y promuevan la adherencia a través de programas de formación y educación, comunicación frecuente con los pacientes para identificar las barreras a la adherencia, y toma de decisiones y planes de tratamiento acordados mutuamente.

Bibliografía

1. Barkin J, Diles D, Franks B, et al. Alpha blocker monotherapy versus combination therapy with antimuscarinics in men with persistent LUTS refractory to alpha-adrenergic treatment: patterns of persistence. *Can J Urol* 2015; 22:7914–7923
2. Zabkowski T, Saracyn, M. Drug adherence and drug-related problems in pharmacotherapy for lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia. *Journal of physiology and pharmacology* 2018, 69, 4, 639-645. www.jpp.krakow.pl | doi: 10.26402/jpp.2018.4.14
3. Wagg A, Franks B, Ramos B, et al. Persistence and adherence with the new beta-3 receptor agonist, mirabegron, versus antimuscarinics in overactive bladder: Early experience in Canada. *Can Urol Assoc J.* 2015;9(9-10):343-50
4. DeCastro J, Stone B. Improving therapeutic outcomes in BPH through diagnosis, treatment and patient compliance. *Am J Med* 2008; 121 (Suppl. 2): S27-S33 doi: 10.1016/j.amjmed.2008.05.024 update on LUTS treatment
5. Drake MJ, Bowditch S, Arbe E, et al. A retrospective study of treatment persistence and adherence to α -blocker plus antimuscarinic combination therapies, in men with LUTS/BPH in the Netherlands. *BMC Urol* 2017;17:36
6. Rees J, Foley S, Huang M, Rosa Arias J, Skoumal R, Walters C, Yavuz Y, De Wachter S. Vesomni improves the quality of life in men with lower urinary tract symptoms in routine clinical practice in Europe. *Neurourol Urodyn.* 2019 Mar;38(3):981-989. doi: 10.1002/nau.23944. Epub 2019 Feb 22. PMID: 30801782; PMCID: PMC6916269
7. Emberton M, Marberger M, de la Rosette J. Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Europe: the prostate research on behaviour and education (PROBE) survey. *Int J Clin Pract* Wiley-Blackwell; 2008;62:18–26
8. De Nunzio C, Presicce F, Lombardo R et al. Patient centred care for the medical treatment of lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction: a key point to improve patients' care - a systematic review. *BMC Urol.* 2018 Jun 26;18(1):62. doi: 10.1186/s12894-018-0376-x. PMID: 29940928; PMCID: PMC6019782
9. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323:908–11
10. Foo KT. From evidence-based medicine to evidence-balanced medicine for individualized and personalized care: as applied to benign prostatic hyperplasia/male lower urinary tract symptoms. *Int J Urol [Internet].* 2017;24:94–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28191718>. [cited 2018 Jun 7]

11. Hollingsworth JM, Hollenbeck BK, Daignault S, et al. Differences in initial benign prostatic hyperplasia management between primary care physicians and urologists. *J Urol*. 2009;182:2410–4
12. Enemchukwu EA, Subak LL, Markland A. Barriers and facilitators to overactive bladder therapy adherence. *Neurourol Urodyn*. 2022 Nov;41(8):1983-1992. doi: 10.1002/nau.24936. Epub 2022 May 5. PMID: 35510540
13. Cindolo L, Pirozzi L, Petros S, et al. Patient’s adherence on pharmacological therapy for benign prostatic hyperplasia (BPH)-associated lower urinary tract symptoms (LUTS) is different: is combination therapy better than monotherapy? *BMC Urology* (2015) 15:96. DOI 10.1186/s12894-015-0090-x
14. Gravas S, J.N. Cornu, M. Gacci, et al. Tikkinen Guidelines EAU 2022: Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Benign Prostatic Obstruction (BPO). 5.3 pp 30
15. Chapple C, Steers W, Norton P, et al. A pooled analysis of three phase III studies to investigate the efficacy, tolerability and safety of darifenacin, a muscarinic M3 selective receptor antagonist, in the treatment of overactive bladder. *BJU Int* 2005; 95: 993–1001
16. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, et al. EAU guidelines on Urinary Incontinence in Adults. In: *EAU Guidelines*, edition presented at the annual EAU Congress London 2017. ISBN 978-90-79754-91-5, <https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>
17. Buser N, Ivic S, Kessler TM, et al. Efficacy and adverse events of antimuscarinics for treating overactive bladder: network meta-analyses. *Eur Urol* 2012; 62: 1040–1060
18. Kaplan SA, Herschorn S, McVary KT, et al. Efficacy and Safety of Mirabegron versus Placebo Add-On Therapy in Men with Overactive Bladder Symptoms Receiving Tamsulosin for Underlying Benign Prostatic Hyperplasia: A Randomized, Phase 4 Study (PLUS). *J Urol*. 2020 Jun;203(6):1163-1171. doi: 10.1097/JU.0000000000000738. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31895002.
19. Claus G Roehrborn 1, Paul Siami, Jack Barkin, et al. CombAT Study Group. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010 Jan;57(1):123-31. doi: 10.1016/j.eururo.2009.09.035. Epub 2009 Sep 19. Affiliations expand. PMID: 19825505 DOI: 10.1016/j.eururo.2009.09.035
20. Marberger, M.: The MTOPS Study: New Findings, New Insights, and Clinical Implications for the Management of BPH. *European Urology Supplements*. Volume 5, Issue 9, June 2006, Pages 628-633
21. Baldwin, K.C., Ginsberg, P.C., Roehrborn, et al. Discontinuation of alpha-blockade after initial treatment with finasteride and doxazosin in men with lower urinary tract symptoms and clinical evidence of benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2001 Aug;58(2):203-9. doi: 10.1016/s0090-4295(01)01201-8. PMID: 11489700

22. Vozmediano-Chicharro R, Blasco Hernández P, Madurga-Patuel B. Insights into the Management of Overactive Bladder with Transdermal Oxybutynin: A Practical Review. *Res Rep Urol*. 2020 Aug 14;12:321-330. doi: 10.2147/RRU.S266400. PMID: 32884926; PMCID: PMC7434563. Kleinman et al. (2015)
23. Nathan L. Kleinman, Chieh-I Chen, et al. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 56, No. 3 (March 2014)
24. Kosilov KV, Alexandrovich LS, Gennadyevna KI, et al. Social, Economic, and Medical Factors Associated With Solifenacin Therapy Compliance Among Workers Who Suffer From Lower Urinary Tract Symptoms. *Int Neurourol J*. 2016 Sep;20(3):240-249. doi: 10.5213/inj.1632520.260. Epub 2016 Sep 23. PMID: 27706009; PMCID: PMC5083827
25. Ibarra Barrueta O, Morillo Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Grupo de Adherencia Terapéutica ADHEFAR de la SEFH. ISBN: 978-84-697-7198-3 Depósito legal: M-31164-2017. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); 2017
26. Martins de Almeida R, Mateu Arrom L, Ortíz Núñez A, Covernton PJO, Mora Blazquez AM. Resource use and healthcare costs in patients with overactive bladder who initiate treatment with mirabegron or antimuscarinic monotherapy in Catalonia: the MIRACAT study. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2022 Apr;46(3):184-192. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuroe.2021.12.007. Epub 2022 Mar 16. PMID: 35305956
27. Basra RK, Wagg A, Chapple C, et al. A review of adherence to drug therapy in patients with overactive bladder. *BJU Int*. 2008 Sep;102(7):774-9. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07769.x. Epub 2008 Jul 4. PMID: 18616691
28. Kleinman NL, Odell K, Chen CI, et al. Persistence and adherence with urinary antispasmodic medications among employees and the impact of adherence on costs and absenteeism. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014 Oct;20(10):1047-56. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.10.1047. PMID: 25278327
29. Kuo AC, Geleris B, Arnhy A. TeleBBD: Telehealth management of bladder bowel dysfunction - A provider survey of benefits and limitations. *J Pediatr Urol*. 2021 Dec;17(6):792.e1-792.e7. doi: 10.1016/j.jpuro.2021.09.021. Epub 2021 Sep 25. PMID: 34656434
30. Sirls ER, Killinger KA, Boura JA, et al. Percutaneous Tibial Nerve Stimulation in the Office Setting: Real-world Experience of Over 100 Patients. *Urology*. 2018 Mar;113:34-39. doi: 10.1016/j.urology.2017.11.026. Epub 2017 Nov 28. PMID: 29196071
31. D'Souza AO, Smith MJ, Miller LA, et al. Persistence, adherence, and switch rates among extended-release and immediate-release overactive bladder medications in a regional managed care plan. *J Manag Care Pharm*. 2008 Apr;14(3):291-301. doi: 10.18553/jmcp.2008.14.3.291. PMID: 18439051

32. Balkrishnan R, Bhosle MJ, Camacho FT, et al. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with overactive bladder syndrome: a longitudinal cohort study. *J Urol*. 2006 Mar;175(3 Pt 1):1067-71; discussion 1071-2. doi: 10.1016/S0022-5347(05)00352-6. Erratum in: *J Urol*. 2006 May;175(5):1967. PMID: 16469620
33. Ali M, Grogan S, Powell S, Staniford L, et al. Qualitative Analysis of Factors Influencing Patient Persistence and Adherence to Prescribed Overactive Bladder Medication in UK Primary Care. *Adv Ther*. 2019 Nov;36(11):3110-3122. doi: 10.1007/s12325-019-01098-y. Epub 2019 Sep 26. PMID: 31559603; PMCID: PMC6822799
34. Kim TH, You HW, Park JH, et al. Persistence of solifenacin therapy in patients with overactive bladder in the clinical setting: a prospective, multicenter, observational study. *Int J Clin Pract*. 2016 Apr;70(4):351-7. doi: 10.1111/ijcp.12783. PMID: 27028673

CAPÍTULO 6

MEDIDAS A IMPLEMENTAR PARA LA MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN STUI

Teniendo en cuenta la gran variedad de factores que influyen en la adherencia, las estrategias para mejorarla deberán individualizarse para cada paciente. La prevención, detección y abordaje de la falta de adherencia necesitan una visión multidisciplinar y deben desarrollarse desde los diferentes ámbitos profesionales que se responsabilizan de la atención a los pacientes con STUI (atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria). Para conseguir una mejor adherencia, se precisa una estrategia conjunta y coordinada entre todos los profesionales.

Junto con el uso de las herramientas diagnósticas, existen documentos de utilidad como el documento “Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI”¹ en el que se aboga por un correcto manejo de estos pacientes desde todos los ámbitos.

Hasta la fecha, ninguna intervención por sí misma ha sido capaz de mejorar la adherencia de forma universal, en todos los pacientes, patologías o contextos.

1. Medidas frente a los factores socioeconómicos

A nivel de la práctica diaria, se han observado varias intervenciones relacionadas con el factor socioeconómico que podrían mejorar la adherencia:

Intervención socio-familiar

Las intervenciones involucrando a la familia y/o al entorno social (consejo familiar, búsqueda de apoyo familiar, etc.) contrarresta la influencia de la falta de apoyo social sobre la baja adherencia.

Simplificación de la pauta de tratamiento

Dos estudios, uno en España y otro en Reino Unido, demostraron mayor eficiencia en la terapia de combinación de solifenacina 6 mg más tamsulosina 0,4 mg en comparación con una combinación de dosis libre de tolterodina más tamsulosina en pacientes con STUI/HBP de moderados a graves. En ambos estudios el uso de solifenacina 6 mg más tamsulosina 0,4 mg en monodosis (un solo comprimido) se asoció con menores costes anuales que el uso de la combinación a dosis libre de tolterodina más tamsulosina^{2,3}, por tanto, la medida a implementar sería dar un comprimido en vez de dos.

Financiación pública

Por otro lado, el impacto del coste del tratamiento y su cobertura por el sistema público de salud influye en la adherencia terapéutica. En algunos países europeos donde los AM y los agonistas beta-3 adrenérgicos no están financiados, el cumplimiento terapéutico es menor que en otros países de Europa donde el sistema público de salud cubre parte del coste de los mismos^{4,5}.

Este no es el caso de España, donde la mayoría de los fármacos para STUI están financiados, lo cual favorece la adherencia. Sería bueno como medida continuar con la sensibilización a la Administración Sanitaria para apoyar la financiación de fármacos que tratan patología de calidad de vida.

Tabla 1: Medidas frente a los factores socioeconómicos

Ámbito de desarrollo	Medidas a implementar
Atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención socio-familiar (involucrar el entorno social y familiar del paciente de cara al cumplimiento) (colaboración conjunta entre atención primaria y farmacia comunitaria) ▪ Simplificación en la pauta de tratamiento parece proporcionar una mayor rentabilidad
Sistema sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiación pública

2. Medidas frente a los factores relacionados con el profesional sanitario/ sistema sanitario

Involucrar e informar al paciente

Los profesionales deberían integrar en su práctica diaria la evaluación de la adherencia. En cualquier estrategia para mejorar la adherencia es fundamental establecer una adecuada relación entre el profesional y el paciente facilitando la creación de un vínculo que contribuya a que se comparta la estrategia terapéutica (enfermedad, opciones de tratamiento, abordar los predictores de discontinuación en el tratamiento⁶, informar proactivamente de los EA, etc.) y el paciente la acepte como propia, disminuyendo las tasas de abandono. Además, este ambiente de confianza permite que los pacientes reconozcan la existencia de problemas de adherencia y facilita las intervenciones para mejorar.

Por tanto, como medida a adoptar, tendríamos que involucrar al paciente en el conocimiento y toma de decisiones de su enfermedad, dando todas las herramientas posibles para ello.

En este punto, debemos mencionar la utilidad de páginas web fiables donde encontrar información de los STUI y que pueden ayudar al paciente y a los propios profesionales sanitarios.

Formación del profesional sanitario

Nos referimos a una formación específica de los profesionales de diferentes ámbitos asistenciales en adherencia, en relación con VH y STUI/HBP.

El desarrollo de protocolos en especializada, atención primaria y farmacia comunitaria va a ser de gran utilidad para identificar el perfil del paciente no adherente, así como para reforzar la adherencia con intervenciones adaptadas a cada paciente. Para ello, es necesario fomentar habilidades “blandas” en comunicación, empatía, confidencialidad y prudencia con el paciente.

Detección de pacientes no adherentes

Diseñar protocolos y disponer de una guía rápida de actuación va a ayudar a la detección de paciente no adherente por parte de los distintos profesionales sanitarios involucrados.

Una breve entrevista durante la dispensación, unido al seguimiento farmacoterapéutico del tratamiento, son puntos estratégicos para identificar pacientes no adherentes y determinar las intervenciones individualizadas para corregirla.

El servicio de dispensación en farmacia comunitaria⁷ va a mejorar la adherencia, reforzando el papel asistencial del farmacéutico comunitario. La receta electrónica se convierte en una gran herramienta para fomentar la adherencia: si es un tratamiento nuevo nos aseguraremos que el paciente conoce su patología, tratamiento, posología y duración, además de preguntar si tiene alguna duda con las medidas higiénico-dietéticas acordadas. En posteriores dispensaciones podremos determinar la efectividad, la aparición de efectos secundarios, si no retira su tratamiento para VH y STUI/HBP o si le han caducado recetas. Son situaciones en las que deberemos intervenir para evitar una falta de adherencia y cuando sea necesario, derivar al médico de familia.

Así mismo, podemos destacar dos test validados para evaluar la adherencia del paciente al tratamiento, Morisky-Green y Hayness-Sackett^{7,8}, que aparecen a continuación en la Tabla 2. Una vez que el profesional sanitario los interioriza, los puede realizar al paciente en el transcurso de una conversación sin que éste tenga la sensación de estar respondiendo a un test.

Tabla 2: Test para evaluar la adherencia al tratamiento

Test de Morisky Green 4 preguntas
<ul style="list-style-type: none">▪ ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?▪ ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?▪ Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?▪ Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Cada una de estas preguntas se responde “Sí/No”. Se considera un paciente adherente si responde a las 4 preguntas de la siguiente forma: No/Sí/No/No.
Test de Haynes-Sackett
<ul style="list-style-type: none">▪ La mayoría de las personas tienen dificultad en tomar todos los comprimidos, ¿ha tenido usted dificultad en tomar los suyos todos los días?▪ Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?”
Si el paciente reconoce tener dificultad en alguna de las dos preguntas, se le considera no adherente.

Por otro lado, el punto SIGRE se convierte en un “chivato silencioso” de pacientes que devuelven envases de medicación sin empezar, convirtiéndose en un indicador de una posible falta de adherencia en el futuro.

Fomentar la comunicación multidisciplinar

Una comunicación rápida, bidireccional y eficaz entre los diferentes profesionales sanitarios, dentro del marco de un manejo multidisciplinar y coordinado, va sin duda a mejorar la adherencia del paciente con VH y STUI/HBP.

Sabemos que el trabajo integrado mejora la adherencia y el cumplimiento terapéutico. En la actualidad, el trabajo integrado no debe ser solo una idea estratégica de funcionamiento en un servicio de salud, sino que debe ser una forma real de trabajar que se traduzca en la implementación de herramientas concretas: integración de la farmacia hospitalaria y comunitaria en la atención a los pacientes con STUI^{1,9,10}.

Papel del farmacéutico comunitario

La proximidad de la farmacia comunitaria, la cercanía al paciente, los horarios ampliados y los conocimientos del farmacéutico hacen que la farmacia sea un punto clave a la hora de detectar la falta de adherencia del paciente.

Un estudio llevado a cabo en Jordania⁹, evalúa el papel del farmacéutico para mejorar la adherencia a la medicación, reducir la gravedad de los síntomas y mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes. Concluye que la implementación de servicios de farmacia clínica puede aumentar positivamente el nivel de adherencia a los medicamentos. Esto se acompañó de una mejora modesta en la gravedad de los síntomas urinarios en la HBP y en la calidad de vida de los pacientes.

Así mismo en Canadá¹¹ se elaboró una guía para farmacéuticos comunitarios con el objeto de mejorar los síntomas de los pacientes a través de la identificación, evaluación, educación, tratamiento (no farmacológico y farmacológico) y/o derivación de farmacéuticos comunitarios.

Tabla 3: Medidas frente a los factores relacionados con el profesional sanitario/ sistema sanitario

Ámbito de desarrollo	Medidas a implementar
Atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar sobre las preferencias del paciente, miedos y creencias ▪ Involucrar al paciente en la toma de decisiones compartidas ▪ Informar sobre la patología, EA y beneficios del tratamiento ▪ Programar una visita de control para identificar y abordar posibles efectos secundarios y eficacia terapéutica para reafirmar el cumplimiento ▪ Formación al profesional sanitario ▪ Disponer de una guía de actuación para la detección del paciente no adherente ▪ Reforzar la adherencia del paciente ▪ Valorar la administración de test de adherencia ▪ Detectar la discontinuidad en el tratamiento y coordinación multidisciplinar

3. Medidas frente a los factores relacionados con la enfermedad

Ayudar a identificar los síntomas y su progresión

Se ha observado que la gravedad de los síntomas y las características de los mismos, influyen directamente en la adherencia y persistencia del tratamiento¹². La urgencia miccional y la nocturia son algunos de los que más impactan en la calidad de vida de los pacientes y los que más puntúan en grado de severidad en los test sobre síntomas urinarios.

En este sentido es importante que el paciente tenga pleno conocimiento de su patología, de las causas que provoca dicha sintomatología y de las opciones terapéuticas y eficacia de las intervenciones en la mejora de dichos STUI.

Evaluación objetiva de los síntomas

Una medida objetiva para que el paciente reconozca el grado de severidad de su sintomatología y pueda ver a lo largo de su proceso terapéutico, no solo una mejoría subjetiva, sino también objetiva de su recuperación clínica, podría ser la administración de Patient Reported Outcomes Measurements (PROMS) validados de síntomas y calidad de vida como, por ejemplo, IPSS (Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos), ICIQ-SF (Cuestionario Breve Internacional para Medir la Percepción de los Síntomas de Incontinencia Urinaria y la Calidad de Vida), CACV (Cuestionario de autoevaluación del Control de la Vejiga), DM3d (Diario Miccional de 3 días), etc.

Identificación del paciente polimedicado

Los pacientes con más comorbilidades y polimedcados son los que presentan perfiles de menor adherencia. Esto se suma a la percepción banal de la VH y STUI/HBP frente a otras patologías crónicas que perciben como más graves y por lo que se muestran más adherentes. En este sentido es crucial la identificación de este paciente para reforzar el beneficio sobre la calidad de vida de los tratamientos indicados para los STUI.

Tabla 4: Medidas frente a los factores relacionados con la patología

Ámbito de desarrollo	Medidas a implementar
Atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información sobre la naturaleza de la enfermedad, síntomas, evolución natural de la misma y beneficios terapéuticos en cuanto a la evidencia disponible ▪ Evaluación objetiva para el paciente sobre la gravedad de sus síntomas en la evolución de su enfermedad ▪ Identificación del paciente polimedicado haciendo hincapié en la mejora de la calidad de vida con el tratamiento prescrito

4. Medidas frente a los factores relacionados con el tratamiento

Simplificación del tratamiento

Cualquier tipo de intervención destinada a simplificar la complejidad del tratamiento prescrito (dosificación, vía de administración, número de fármacos, etc.) va a facilitar el cumplimiento.

En pacientes con STUI/HBP tratados con terapia de combinación (AB y AM) existen evidencias de que presentan una persistencia al tratamiento significativamente mayor que los tratados con monoterapia^{13,14}.

Información sobre los EA y beneficios del tratamiento

La elección del tratamiento es un factor importante para que actúe sobre los síntomas que más molestan al paciente. Los fármacos que reducen significativamente los síntomas de llenado, como la IU de urgencia y la frecuencia urinaria diurna y nocturna, son percibidos como los más beneficiosos.

Sin embargo, los hombres preferirían evitar fármacos que puedan provocar efectos secundarios sexuales y no sexuales. Las decisiones de tratamiento pueden optimizarse al comprender qué síntomas y beneficios/efectos secundarios del tratamiento son los que más preocupan a los pacientes¹⁵.

Barreras de adherencia según creencias sobre el tratamiento

Barrera A: Paciente no adherente por falsa percepción de ineficacia del tratamiento

Se sabe que influyen negativamente en la adherencia la efectividad o el no tener conciencia de la progresión de la enfermedad por parte del paciente¹⁶.

Es importante insistir en el tiempo necesario a esperar para obtener mejoría de su patología para así evitar abandonos del tratamiento. De esta forma, por ejemplo, en el momento de la dispensación, el programa de receta electrónica nos indica que estamos ante el inicio de una nueva prescripción, es cuando debemos reforzar el mensaje transmitido por su médico acerca del tiempo necesario para observar efectividad.

Si dispensamos un bloqueante de los receptores α 1-adrenérgicos, conviene tener un contacto con el paciente sobre la cuarta semana para confirmar eficacia y seguridad del tratamiento; si es un 5ARI, informaremos al paciente que la mejoría clínica se presenta a partir del sexto mes de tratamiento¹⁷.

Barrera B: Paciente no adherente por aparición de efectos secundarios

Ante una nueva prescripción de un tratamiento para VH y STUI/HBP, el profesional sanitario debe informar al paciente de los efectos secundarios más frecuentes de su tratamiento, que sepa identificarlos y que no abandone el tratamiento sin antes consultar con su médico, quién podrá valorar otras opciones farmacológicas.

Si dispensamos un bloqueante de los receptores α 1-adrenérgicos no uroselectivos, indicaremos la toma por la noche para evitar hipotensión postural. Si fuese uroselectivo, indicar las alteraciones de la eyaculación.

En el caso de los 5ARI, EA relacionados con la función sexual: disfunción eréctil, disminución de la libido o trastornos de la eyaculación.

Barrera C: Paciente no adherente que abandona el tratamiento por creer erróneamente que sus síntomas son un componente esperado de su envejecimiento, sin solución

Una labor del profesional sanitario será explorar y clarificar los miedos o preocupaciones relacionados con la enfermedad y reconducir la posible falta de adherencia. Hemos de expresar al paciente que su calidad de vida, el alivio de sus síntomas, la prevención de la evolución de su enfermedad y el desarrollo de complicaciones dependen de la adherencia terapéutica que presente.

Algunos pacientes abandonan el tratamiento por la falsa creencia de que se trata de una patología aguda y que se cura con una tanda del fármaco prescrito¹⁸. Es importante proporcionar la información adecuada: la adherencia aumenta cuando el paciente conoce su enfermedad, las ventajas de seguir el tratamiento y las medidas higiénico-dietéticas acordadas con su médico.

Un estudio del Grupo OAT ha puesto de manifiesto la importancia de las oficinas de farmacia como fuente de información acerca de las patologías que afectan a los pacientes con el objeto de mejorar la adherencia de los pacientes¹⁹.

Respetar el tratamiento inicial del paciente salvo causas mayores

La sustitución de medicación al paciente puede ser causa de falta de adherencia ya que, al cambiar la marca habitual de un paciente, no lo reconoce²⁰ y puede generarle dudas sobre su efectividad.

Con el fin de mantener el tratamiento inicial para asegurar la adherencia, el médico es libre para realizar la prescripción por marca dentro del Sistema Nacional de Salud que, siguiendo la normativa vigente, dicha prescripción se realizará de la mejor forma para conseguir el beneficio de los pacientes, además de proteger la sostenibilidad del sistema²¹. Actualmente, la prescripción del médico puede ser tanto por principio activo como por marca, salvo en aquellos medicamentos no sustituibles que deben ser recetados por marca²².

Al objeto de evitar falta de adherencia como consecuencia de dispensar distintos medicamentos para una misma prescripción, es conveniente desde farmacia comunitaria mantener la misma dispensación desde el inicio del tratamiento; excepto en aquellas situaciones que con carácter excepcional están recogidas en la normativa de aplicación²¹. Ha de prestarse especial atención a

pacientes de edad avanzada, polimedicados y con VH o STUI/HPB. Para ello, la receta electrónica va a ser de gran utilidad al indicarnos cuál fue el último medicamento dispensado, así como el histórico de dispensaciones anteriores.

Si hubiese desabastecimiento del medicamento que toma habitualmente el paciente, es conveniente dispensar uno que sea bioaparente, asegurándonos de que éste identifica claramente el medicamento sustituido.

En general, todas estas medidas a implementar por los profesionales sanitarios para mejorar la adherencia terapéutica deben individualizarse en función de las características de cada paciente, ya que es imprescindible implicar al paciente como parte activa en la selección de una u otra estrategia pues dicha acción forma parte del empoderamiento en salud del individuo.

Tabla 5: Medidas frente a los factores relacionados con el tratamiento

Ámbito de desarrollo	Medidas a implementar
Atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Simplificación en la complejidad del tratamiento ▪ Anticipación a los EA: información para su identificación y pautas para mejorar la tolerancia ▪ Determinar las barreras que dificultan la adherencia ▪ Individualización del tratamiento según perfil del paciente (preferencias, comorbilidades, polimedicación, etc.)

5. Medidas frente a los factores relacionados con el paciente

Conocimiento de las expectativas y preferencias de los pacientes

Un mejor conocimiento de las expectativas y preferencias de los pacientes podría ayudar a la adherencia y cumplimiento terapéutico de los pacientes con STUI, para ello, la medida a implementar es entender mejor y enfocar el tratamiento a lo que más le impacta en su calidad de vida, marcando objetivos terapéuticos entre profesional- paciente.

Con respecto a la evidencia actual, los pacientes con VH prefieren un tratamiento oral que reduzca la urgencia, la frecuencia y los episodios de IU, sin efecto sobre la función cognitiva y financiado por el sistema público de salud⁴.

Recientemente se ha validado el test MARSÍ (Medication Adherence Self-Report Inventory) para la adherencia al tratamiento en mujeres con VH. Este test es utilizado para valorar la adherencia al

tratamiento en otras patologías con el LES (Lupus Eritematoso Sistémico) y el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), que ha resultado ser una herramienta autoadministrada válida para medir la adherencia a la medicación anticolinérgica en mujeres con VH²³.

Aun así, existe escasa evidencia e investigación sobre un método de evaluación acerca de las expectativas de los pacientes, por lo que sería importante desarrollar un método válido y universal para evaluar sus preferencias. Enfoque que podría conducir a una mejor comprensión de sus expectativas y preferencias, un mejor análisis e identificación de posibles diferencias basadas en características sociales y demográficas, para facilitar así una mejora del cumplimiento y adherencia a la medicación⁴.

A medida que crece la necesidad de adaptar los tratamientos para que se ajusten a las preferencias de los pacientes, es necesario encontrar enfoques centrados en el paciente que sean clínicamente eficientes. La toma de decisiones compartida es un enfoque ideal para promover la atención centrada en el paciente y apoyar a los pacientes a través de estas decisiones de tratamiento²⁴. En la actualidad existen herramientas para evaluación de preferencias que pueden facilitar la toma de decisiones compartidas y mejorar la calidad de la atención en VH²⁵.

En los hombres con STUI/HBP adoptar un enfoque centrado en el paciente puede mejorar la adherencia a los medicamentos y algunas necesidades no satisfechas en esta área²⁶.

Intervenciones de refuerzo conductual del paciente

Intervenciones dirigidas a mejorar la autonomía y su capacidad para manejar la enfermedad, a través de técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual, pueden mejorar la adherencia. Igualmente, involucrar al paciente en la toma de decisiones es importante para facilitar el cumplimiento.

Visión centrada en el paciente

Es necesaria una visión centrada en el paciente para facilitar la consecución de sus metas terapéuticas y, por lo tanto, su satisfacción con el tratamiento²⁷. En VH existe una asociación estadística entre la satisfacción del paciente y la adherencia, el cumplimiento o la persistencia²⁶.

Las expectativas del tratamiento deben ser realistas y hay que adaptar la terapia a las características del paciente (edad, comorbilidades y hábitos de vida)²⁸. Los tratamientos individualizados

personalizados que eviten una dependencia excesiva de la farmacoterapia serían clave para mejorar aún más los resultados del tratamiento en pacientes con VH²⁹.

Existen cuestionarios para evaluar el beneficio y satisfacción del paciente con el tratamiento, así como la voluntad de continuar con el mismo, que pueden ayudar a analizar su situación y acompañarle con el fin de que se adhiera. Como, por ejemplo, el cuestionario BSW (Beneficio, Satisfacción y Voluntad de continuar el tratamiento)³⁰.

Individualizar las intervenciones según el tipo de paciente no adherente

Existen diferentes tipos de pacientes no adherentes⁷:

Paciente no adherente confundido

Paciente mayor de 65 años, que se puede sentir agobiado por un tratamiento complejo, lo que va a facilitar su confusión ante la medicación. Estos pacientes se van a beneficiar con el uso de alarmas, toma de medicación asociada a actos de la vida cotidiana o la preparación en farmacia comunitaria de los sistemas personalizados de dosificación (SPD)¹⁰.

Para la preparación del SPD, el farmacéutico revisará la medicación, previa entrevista con el paciente o cuidador. Posteriormente la acondicionará, según la pauta establecida por el prescriptor, en el dispositivo tipo blíster sellado de fácil manejo y debidamente identificado. El SPD es un servicio diseñado para mejorar la adherencia terapéutica y garantizar la efectividad y seguridad de los tratamientos prescritos.

Paciente no adherente desconfiado (crítico)

Suelen ser adultos jóvenes, en los que la falta de confianza en el profesional prevalece sobre su capacidad de autogestión. Habitualmente es un paciente exigente con su médico y tratamiento. Destacar la importancia de facilitar al paciente información por escrito o páginas web para intentar revertir la falta de adherencia.

Paciente no adherente banalizador

Suele ser también un paciente joven, como en el caso anterior, que banaliza su enfermedad y las consecuencias de la falta de adherencia en la evolución de su enfermedad y calidad de vida. Así mismo es conveniente proveer al paciente de información por escrito o páginas web.

Tabla 6: Medidas relacionadas con el paciente

Ámbito de desarrollo	Medidas a implementar
Atención especializada, atención primaria y farmacia comunitaria	<ul style="list-style-type: none">▪ Manejar las expectativas del paciente respecto al su patología y tratamiento▪ Herramientas para evaluar las preferencias del paciente▪ Intervenciones de refuerzo en la conducta del paciente▪ Toma de decisiones compartida▪ Determinar los perfiles de los pacientes no adherentes▪ Enfoque terapéutico basado en el paciente

Bibliografía

1. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Sanidad y ediciones. Madrid. 2018:86-87
2. Alcantara A, Cozar JM, Errando C, et al. Cost-effectiveness model of a fixed dose combination of solifenacin and tamsulosin for the treatment of LUTS associated with BPH with inadequate response to monotherapy. *Arch Esp Urol*. 2018;71:595-606
3. Nazir J, Heemstra L, Van Engen A, et al. Cost effectiveness of a fixed-dose combination of solifenacin and oral controlled adsorption system formulation of tamsulosin in men with lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *BMC Urol*. 2015;15:41
4. Cicione A, Lombardo R, Umbaca V, et al. Patients' Preferences and Expectations in Overactive Bladder: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023 Jan 4;12(2):396. doi: 10.3390/jcm12020396. PMID: 36675324; PMCID: PMC9864850
5. Illiano E, Finazzi Agrò E, Natale F, et al. Italian real-life clinical setting: the persistence and adherence with mirabegron in women with overactive bladder. *Int Urol Nephrol [Internet]*. 2020;52(6):1035–42. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11255-020-02412-2>
6. Brubaker L, Fanning K, Goldberg EL, et al. Predictors of discontinuing overactive bladder medications. *BJU Int*. 2010 May;105(9):1283-90. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.09035.x
7. Prats Más R. Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento. Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), 2017. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf
8. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7
9. Ababneh M, Shamieh D, Al Demour S. et al. Evaluación del papel del farmacéutico clínico en la mejora de los resultados clínicos en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior debido a hiperplasia benigna de próstata. *Int J Clin Pharm* 41, 1373–1378 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00896-2>
10. Martín Oliveros A, Aliaga Gutiérrez L, Abadías Guasch M, et al. Documento de consenso sobre el uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD). Ed. SEFAC-SEMERGEN. Madrid, 2020. Disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2021-11/SPD_CONSENSO.pdf
11. Gabriel GG, Tsuyuki RT, Wagg A, et al. A pharmacist's guide to care of adult patients presenting with lower urinary tract symptoms. *Can Pharm J (Ott)*. 2015 Sep;148(5):249-56. doi: 10.1177/1715163515597242. PMID: 26445582; PMCID: PMC4561459

12. Kosilov K, Kuzina I, Kuznetsov V, et al. Influence of current state of executive function and working memory on adherence to antimuscarinic therapy in older women with OAB. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2019;4:100086. Published 2019 Jul 27. doi:10.1016/j.eurox.2019.100086
13. Drake MJ, Bowditch S, Arbe E, et al. A retrospective study of treatment persistence and adherence to α -blocker plus antimuscarinic combination therapies, in men with LUTS/BPH in the Netherlands. *BMC Urol* 2017;17:36
14. Landeira M, Mora Blázquez AM, Martins de Almeida R, et al. A retrospective analysis comparing persistence and adherence to treatment with free- vs fixed-dose combination of an alpha blocker and an antimuscarinic agent in men with LUTS in Spain. *Int J Clin Pract*. 2020 Nov;74(11):e13616. doi: 10.1111/ijcp.13616. Epub 2020 Sep 19. PMID: 32681522; PMCID: PMC7685104
15. Mankowski C, Ikenwilo D, Heidenreich S, et al. Men's preferences for the treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: a discrete choice experiment. *Patient Prefer Adherence*. 2016 Nov 24;10:2407-2417. doi: 10.2147/PPA.S112161
16. Programa Medyfar. Consultas entre medicina de Familia y Farmacia Comunitaria. Síntomas del tracto urinario inferior en el varón secundarios a la hiperplasia benigna de próstata. SemFYC – Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
<https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/formacion/sintomas-del-tracto-urinario-inferior-en-el-varon-secundarios-a-la-hiperplasia-benigna-de-prostata-2021-10-27-2021-10-28-13001/>
17. Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI. Sanidad y Ediciones SL. Madrid 2022. Disponible en:
https://www.semg.es/images/2022/Documentos/Criterios_Derivacion_Manejo_Integral_paciente_con_STUI.pdf
18. Siu JYM. Communicating with mismatch and tension: Treatment provision experiences of primary care doctors treating patients with overactive bladder in Hong Kong. *BMC Fam Pract [Internet]*. 2015 Dec 30 [cited 2019 Feb 16];16(1):160. Available from:
<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0380-0>
19. Ribera JM, Gil V, Valdés C, et al. Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas. Resultados descriptivos: Vejiga Hiperactiva. Madrid: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2017
20. Ferrer F, Peris MT, Moya C, et al. Estudio de conocimiento, uso y evaluación de los fármacos genéricos y de sus sustituciones bioequivalentes en tres farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana. *Farm Com*. 4 (Suplemento 1)
21. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Artículo 87.1[BOE-A-2015-8343]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015

22. Disposición final primera del RD 81/2014 que modifica el artículo 3 del RD 1718/2010 que regula la receta médica y las órdenes de dispensación
23. Andy UU, Harvie HS, Smith AL, et al. Validation of a self-administered instrument to measure adherence to anticholinergic drugs in women with overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(5):424-428. doi:10.1002/nau.22605
24. Paudel R, Lane GI. Delivering patient-centered care through shared decision making in overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2022 Apr;41(4):884-893. doi: 10.1002/nau.24915
25. Chhatre S, Newman DK, Wein AJ, et al. Patient preference elicitation instrument, OABCare, to facilitate shared decision-making in the care of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2021 Mar;40(3):791-801. doi: 10.1002/nau.24618
26. De Nunzio C, Presicce F, Lombardo R et al. Patient centred care for the medical treatment of lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic obstruction: a key point to improve patients' care - a systematic review. *BMC Urol*. 2018 Jun 26;18(1):62. doi: 10.1186/s12894-018-0376-x. PMID: 29940928; PMCID: PMC6019782
27. Khullar V, Espuna-Pons M, Marschall-Kehrel D, et al. Clinical value of a patient-reported goal-attainment measure: the global development of self-assessment goal achievement (SAGA) questionnaire for patients with lower urinary tract symptoms. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Feb 14];33(1):90–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/nau.22377>
28. Enemchukwu EA, Subak LL, Markland A. Barriers and facilitators to overactive bladder therapy adherence. *Neurourol Urodyn*. 2022 Nov;41(8):1983-1992. doi: 10.1002/nau.24936. Epub 2022 May 5. PMID: 35510540
29. Soda T, Tashiro Y, Koike S, et al. Overactive bladder medication: Persistence, drug switching, and reinitiation. *Neurourol Urodyn*. 2020 Nov;39(8):2527-2534. doi: 10.1002/nau.24527. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32985716
30. Jiménez MA, Cambronero J. Validation of the Spanish version of the questionnaire «Benefit, satisfaction and willingness to continue the treatment» in patients with overactive bladder. *Actas Urol Esp*. 2013 Sep;37(8):473-9. doi: 10.1016/j.acuro.2013.03.005. Epub 2013 Jun 13. PMID: 23768500

CAPÍTULO 7

VISIÓN DE LOS PACIENTES

El análisis no podía dejar de lado la opinión de los propios pacientes al considerar a estos los actores fundamentales en el abordaje de la adherencia terapéutica en el contexto del STUI. La perspectiva del paciente y su participación activa son fundamentales para comprender las barreras y facilitadores de la adherencia, así como para identificar las medidas específicas que pueden mejorar la adherencia terapéutica.

Los pacientes son expertos en su propia experiencia y tienen conocimientos valiosos sobre su condición, síntomas, efectos secundarios y desafíos asociados con el tratamiento. Su aportación es esencial para el desarrollo de estrategias efectivas que aborden sus necesidades y prioridades individuales.

Ya se ha comentado la importancia de **involucrar a los pacientes** en el proceso de toma de decisiones y en el diseño de sus intervenciones, pues se puede obtener una comprensión más profunda de sus perspectivas, preferencias y barreras personales.

De esta forma, el análisis ha querido recoger la opinión de los pacientes respecto a las **medidas que ellos consideran importantes** a implementar para la mejora de la adherencia terapéutica, y que podemos resumir en:

- Establecer vías de comunicación más adecuadas entre profesionales sanitarios y pacientes
- Para ello, se necesita más tiempo de atención indudablemente
- Permitir al paciente implicarse en las decisiones sobre su propio tratamiento
- Evitar la crítica y hacer sentir culpable al paciente cuando se realice la evaluación de su adherencia
- Hacer sentir al paciente como único. Se debe respetar esa individualidad y singularidad.
- Reforzar el papel del farmacéutico comunitario por ser una pieza clave en el abordaje de la adherencia. Es un profesional con conocimientos sobre los medicamentos, cercano a la población y puede ayudar a detectar a perfiles no adherentes durante la dispensación

Estas recomendaciones subrayan nuevamente la **importancia de tener en cuenta a los pacientes en su propio cuidado** y destacan como fundamental el promover una comunicación efectiva y respetuosa, así como aprovechar los recursos disponibles en el ámbito de la farmacia comunitaria. Al implementar estas

medidas, en opinión de los pacientes, se puede mejorar la adherencia terapéutica y, en última instancia, los resultados de salud y la calidad de vida de los pacientes con STUI.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

Resultados

El análisis reveló una gran cantidad de factores que pueden influir, tanto positiva como negativamente, en la adherencia del tratamiento de los pacientes con STUI. De todos ellos, vamos a destacar aquellos cuyo **impacto es positivo** y que **más incidencia** pueden tener en el paciente. Estos **factores** incluyen:

1. Apoyo social y emocional

La presencia de un sistema de apoyo, ya sean familiares, amigos o grupos de apoyo, se asoció con una mayor adherencia. El apoyo emocional y social puede ayudar a los pacientes a sobrellevar el impacto psicológico de los STUI y mantener la motivación para seguir el tratamiento.

2. Relación profesional-paciente

Una relación de confianza y comunicación abierta entre el profesional sanitario y el paciente se destacó como un factor influyente en la adherencia. Los pacientes que se sienten escuchados y valorados por su profesional tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones y continuar con el tratamiento.

3. Educación y comprensión

Los pacientes que recibieron información clara y comprensible sobre su condición y el tratamiento tendieron a mostrar una mayor adherencia. El conocimiento adecuado sobre los STUI y las expectativas realistas del tratamiento pueden fomentar la responsabilidad y la toma de decisiones informadas.

4. Accesibilidad y conveniencia del tratamiento

La accesibilidad a los servicios de atención médica y la conveniencia del tratamiento fueron factores importantes. Los pacientes que tienen fácil acceso a los medicamentos, citas médicas y otros recursos relacionados con su tratamiento muestran una mayor probabilidad de adherencia.

5. Sencillez del tratamiento

Es habitual la aparición de comorbilidades en pacientes con STUI y la polimedicación es un factor estrechamente relacionado con la adherencia. La toma de múltiples medicamentos, cada uno con un

patrón diferente de dosificación, pueden generar confusión y falta de adherencia. Así mismo, los pacientes consideran que el fármaco recetado por marca les facilita la toma de la medicación porque lo identifican con la patología, evitando así errores de medicación, además de creer en su efectividad por la bioapariencia.

6. Características individuales

Algunas características individuales, como la motivación personal, la autoeficacia y la capacidad de establecer metas realistas, también desempeñaron un papel importante en la adherencia. Los pacientes con una actitud positiva y una mayor confianza en su capacidad para manejar los síntomas muestran una mayor adherencia.

En general, la **baja adherencia** terapéutica está **estrechamente relacionada con**:

1. No utilización de herramientas diagnósticas

Es clave su uso en el diagnóstico y en el seguimiento del tratamiento para evaluar la eficacia. Además, es conocido su efecto placebo en el paciente y favorece el conocimiento de su sintomatología.

2. Malos resultados de salud

La falta de adherencia al tratamiento puede tener un impacto significativo en la salud de los pacientes. Si no se sigue adecuadamente el plan terapéutico recomendado, es menos probable que se logren los objetivos de tratamiento, lo que puede conducir a un empeoramiento de los síntomas, complicaciones o incluso el desarrollo de nuevas enfermedades. Por ejemplo, en el caso de los pacientes con STUI, la falta de adherencia al tratamiento puede resultar en un mayor número de episodios de IU, frecuencia urinaria o urgencia.

3. Menor calidad de vida

La baja adherencia terapéutica puede impactar de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes. Los síntomas no controlados o mal controlados debido a la falta de adherencia pueden limitar las actividades diarias, causar molestias físicas y emocionales, y afectar las relaciones interpersonales. Los pacientes pueden experimentar frustración, vergüenza y aislamiento debido a los síntomas persistentes. Además, la falta de adherencia puede generar preocupación constante por la progresión de la enfermedad o la falta de mejoría, lo que contribuye a un deterioro general de la calidad de vida.

4. Fracaso para el profesional

La baja adherencia terapéutica puede considerarse un fracaso tanto para el paciente como para el profesional. Los profesionales de la salud se esfuerzan por brindar un tratamiento adecuado y efectivo para mejorar la salud y el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, cuando los pacientes no siguen las recomendaciones terapéuticas, puede generar frustración y desilusión en el profesional. Además, puede dificultar la evaluación precisa de la eficacia del tratamiento y la toma de decisiones clínicas.

5. Aumento de los costes sanitarios

La falta de adherencia terapéutica tiene un impacto económico significativo en el sistema de atención. La no adherencia está asociada con un mayor uso de servicios sanitarios, incluidas visitas adicionales al médico, hospitalizaciones y tratamientos de emergencia. Además, puede requerir cambios frecuentes en la medicación o procedimientos adicionales para abordar los problemas de salud no controlados. Todo esto contribuye a un aumento en los costes sanitarios, tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general.

Conclusiones

Tras el trabajo realizado, se puede concluir que es de vital importancia promover la adherencia y abordar los factores que puedan influir en ella a través de **medidas específicas**, con el fin de **mejorar los resultados de salud**, la **calidad de vida** de los pacientes y la **eficiencia del sistema**.

En este sentido la prevención, detección y abordaje de la falta de adherencia en pacientes con STUI requieren una visión multidisciplinar y deben implementarse de manera coordinada y con estrategias conjuntas desde los diferentes ámbitos profesionales responsables de la atención a estos pacientes.

1

Los pacientes con STUI requieren una atención integral que aborde los diferentes aspectos médicos, psicológicos y sociales de su condición. Para lograr esto, es fundamental contar con un **enfoque multidisciplinar** en el que intervengan diferentes profesionales de la salud, como médicos especialistas en urología, médicos de atención primaria, enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales. Cada uno de estos profesionales aporta su experiencia y conocimientos específicos para evaluar, tratar y apoyar a los pacientes en su adherencia al tratamiento.

2

La falta de adherencia a menudo está relacionada con la falta de coordinación entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en la atención del paciente. Es esencial establecer canales de comunicación efectivos y compartir información relevante para garantizar que todos los profesionales estén al tanto de las necesidades y el progreso del paciente. La **coordinación** entre atención especializada, atención primaria y otros profesionales involucrados garantiza una atención coherente y un seguimiento adecuado.

3

La falta de adherencia puede abordarse de manera más efectiva mediante la implementación de **estrategias conjuntas**. Esto implica desarrollar y promover enfoques integrados que combinen diferentes intervenciones y técnicas para mejorar la adherencia. Por ejemplo, se pueden establecer programas de educación y apoyo para los pacientes, que incluyan sesiones informativas, materiales educativos y grupos de apoyo. Además, es importante considerar la implementación de recordatorios, seguimiento regular y evaluación de la adherencia para identificar posibles barreras y proporcionar intervenciones tempranas.

4

Destacar la importancia del propio tratamiento como uno de los aspectos fundamentales que afecta a la adherencia, por ello, es fundamental **respetar el tratamiento inicial** del paciente salvo causas mayores, desde la prescripción hasta la dispensación y seguimiento. Mantener la misma medicación del paciente puede mejorar su adherencia al ayudarlo a reconocer su tratamiento habitual y darle seguridad en relación a su eficacia por la bioapariencia.

Con este fin y según la normativa vigente dentro del Sistema Nacional de Salud, la prescripción se llevará a cabo de la manera más adecuada buscando el beneficio de los pacientes. Por ello, la prescripción puede ser tanto por principio activo como por marca, salvo en aquellos medicamentos no sustituibles que deben ser recetados por marca. Desde la farmacia comunitaria se puede dispensar el mismo medicamento con el que inició el tratamiento, salvo causas mayores.

5

Es crucial **involucrar activamente al paciente** en el proceso de atención y promoción de la adherencia. Los pacientes deben ser informados sobre la importancia de seguir el tratamiento y los beneficios que pueden obtener, así como mantener hábitos de vida saludables. Además, se les debe dar la oportunidad de expresar sus preocupaciones, preguntas y dificultades relacionadas con la adherencia. Fomentar la participación activa del paciente en la toma de decisiones y el establecimiento de metas puede aumentar su motivación y compromiso con el tratamiento.

Con el patrocinio de:

