



ORIGINAL

Encuesta de adherencia al tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal. Estudio ENADEII



Inmaculada Alonso-Abreu^{a,*}, Onofre Alarcón-Fernández^a, Marta Carrillo-Palau^a,
Laura Ramos-López^a, Javier P. Gisbert^b, María Chaparro^b, Pilar Nos^c,
Alejandro Jiménez^d y Enrique Quintero-Carrión^a, en representación de GETECCU

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid, España

^c Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^d Departamento de Estadística, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

Recibido el 12 de julio de 2019; aceptado el 18 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 14 de enero de 2020

PALABRAS CLAVE

Enfermedad
inflamatoria
intestinal;
Adherencia;
Encuesta

Resumen La tasa de no adherencia al tratamiento médico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está en torno al 50%, empeorando así los resultados de los tratamientos, la morbilidad y el coste.

Objetivos: Determinar mediante una encuesta online entre gastroenterólogos con especial dedicación a la EII el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento de sus pacientes y los métodos utilizados para mejorarla.

Métodos: Desde la secretaría técnica de GETECCU se envió un correo a los socios con un enlace a la encuesta a través de un sistema online.

Resultados: Se invitó a 760 socios. Se obtuvieron 184 encuestas (28,5%). El 68% de los encuestados tenía publicaciones sobre EII indexadas, solo el 13% eran sobre adherencia. A pesar de que casi el 99% consideraban la adherencia como muy importante/importante, el 25% de los médicos no la medía. Pese a que el 100% consideraba que mejorar la adherencia implicaría un mejor pronóstico, el 47% no utilizaba sistemas para mejorarla. Los factores asociados con la medición y mejora de la adherencia fueron: hospital universitario (81,4%), que el paciente recibiera tratamiento combinado con tiopurínicos y biológicos (44,6%), médico de sexo femenino (63,1%), dedicar ≥ 6 h semanalmente a la EII (71,6%), que el médico tenga publicaciones indexadas sobre EII (68,5%) y sobre adherencia en EII (12,5%) y que el médico considere la adherencia importante o muy importante (98,9%).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: macuaa@hotmail.com (I. Alonso-Abreu).

KEYWORDS

Inflammatory bowel disease;
Adherence;
Survey

Conclusiones: Aunque el conocimiento sobre la relevancia de la adherencia al tratamiento médico en EII está generalizado, entre los gastroenterólogos con dedicación especial a la EII que fueron encuestados casi la mitad no utiliza ningún sistema objetivo para cuantificarla. Se debe hacer un esfuerzo para cuantificar y mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes.
© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Survey of adherence to treatment in inflammatory bowel disease. ENADEII study

Abstract The rate of non-adherence to medical treatment in inflammatory bowel disease (IBD) is around 50%, with the consequent negative impact on treatment results, morbidity and cost. *Objectives:* To determine through an online survey among gastroenterologists with special dedication to IBD, their knowledge about the adherence to treatment of their patients and the methods used to improve it.

Methods: An email was sent to gastroenterologists from the technical office of the Crohn's disease and ulcerative colitis Spanish working group (GETECCU), with a link to the online survey.

Results: 760 physicians were invited. One hundred eighty-four surveys were obtained (28.5%). A total of 68% of respondents had indexed IBD publications, 13% of which were on adherence. Although almost 99% considered adherence as very important/important, 25% of physicians did not assess it. Even though 100% considered that improving adherence would imply a better prognosis, 47% did not use any system to improve it. The factors associated with the assessment and improvement of adherence were: university hospital (81.4%), combined treatment with thiopurines and biological drugs (44.6%), physician gender (female) (63.1%), dedicating ≥ 6 hours weekly to IBD (71.6%), previous published indexed papers on IBD (68.5%) and on adherence in IBD (12.5%), and considering adherence as important/very important (98.9%).

Conclusions: Although knowledge about the relevance of adherence to medical treatment in IBD is widespread, among the gastroenterologists with special dedication to IBD who were surveyed, almost half do not use any objective system to quantify it. An effort must be made to quantify and improve adherence to the treatment of these patients.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La adherencia a un tratamiento se define como el seguimiento por el paciente de las recomendaciones médicas. Esto incluye no solamente tomar la medicación indicada con las dosis e intervalos recomendados, sino también llevar a cabo las visitas y/o pruebas pautadas y los consejos con respecto al estilo de vida y la dieta. La no adherencia puede afectar la efectividad del tratamiento, empeorando la evolución de la enfermedad con consecuencias clínicas importantes. Una buena adherencia debe ser una prioridad en el tratamiento de cualquier enfermedad¹. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un problema de salud mundial con un aumento de incidencia notable en muchos países². Debido a su naturaleza crónica, la EII requiere un tratamiento y un seguimiento de por vida, lo que unido a su elevada incidencia supone un coste importante para los sistemas de salud representando actualmente una de las enfermedades gastrointestinales en las que se produce mayor gasto sanitario³. En aquellas enfermedades crónicas que producen pocos o ningún síntoma en los periodos de remisión, como ocurre en la EII, es más probable que el paciente no tenga una buena adherencia al tratamiento médico^{4,5}.

Se ha sugerido que una estrategia exitosa que mejore la adherencia podría tener mayor beneficio en la salud que los avances en los tratamientos actuales⁶. Cualquier fármaco nuevo que mejorara la eficacia supondría un avance sobre los que tenemos actualmente y sin embargo olvidamos que la falta de adherencia al tratamiento es un problema grave que limita la efectividad de los medicamentos de los que ya disponemos.

Existen estudios que demuestran que una buena adherencia al tratamiento mejora el pronóstico de la enfermedad⁷⁻⁹; sin embargo, la EII es una enfermedad de alto riesgo para una baja adherencia. En ello influye el que se trata de procesos crónicos, que afectan muchas veces a pacientes jóvenes, con un curso impredecible, con periodos de remisión a veces prolongados y tratamientos con efectos secundarios y formas de administración que pueden ser en ocasiones mal aceptados por los pacientes¹⁰⁻¹².

Diversos estudios han estimado la tasa de no adherencia al tratamiento médico en la EII en torno al 30-40%¹². La mala adherencia en EII se asocia con un aumento de la actividad de la enfermedad, de la tasa de recaídas y de una mayor morbimortalidad, además de aumentar los costes sanitarios y empeorar la calidad de vida de los pacientes^{9,13,14}.

Por tanto, cualquier actuación que aumente la adherencia supondría una mejora en la calidad de la asistencia

Tabla 1 Características de los médicos que respondieron la encuesta

Sexo femenino, n (%)	116 (63,1)
Edad entre 31-50 años, n (%)	127 (69,0)
Ejerciendo la especialidad > 16 años, n (%)	79 (42,9)
Ejerciendo en un hospital universitario, n (%)	150 (81,4)
Lleva consulta monográfica de EII, n (%)	135 (73,3)
Atiende menos de 20 pacientes a la semana con EII, n (%)	93 (50,5)
Más de 10h dedicadas semanalmente a la EII, n (%)	80 (43,7)
Atiende pacientes en planta con EII, n (%)	135 (73,4)
Hace endoscopia a pacientes con EII, n (%)	153 (83,1)
Publicaciones sobre EII indexadas en Medline, n (%)	126 (68,5)
Publicaciones sobre adherencia en EII indexadas en Medline, n (%)	23 (12,5)
Preocupado por la adherencia al tratamiento de sus pacientes, n (%)	181 (98,4)

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

prestada a los pacientes con EII y mejoraría su pronóstico. Se han desarrollado distintas intervenciones para intentar determinar los factores predictores de una mala adherencia y para desarrollar intervenciones para mejorarla. Sin embargo, estas estrategias se han dirigido siempre hacia el paciente, para identificar a aquellos con riesgo de tener menores tasas de adherencia^{10,15,16}, sobre los que teóricamente se podrían hacer distintas intervenciones para mejorarla¹⁷⁻¹⁹.

No obstante, hay pocos estudios que evalúen la percepción por parte de los médicos de este problema y de cómo es manejada en la práctica clínica habitual. Hasta la fecha pocas publicaciones han analizado si el médico está midiendo la adherencia y ninguna qué es lo que está haciendo para mejorar la adherencia de sus pacientes^{20,21}.

Por este motivo diseñamos un estudio con el objetivo de determinar mediante una encuesta online entre gastroenterólogos españoles el conocimiento sobre la adherencia al tratamiento de sus pacientes con EII y qué métodos están utilizando en la práctica clínica habitual para mejorarla.

Métodos

Se diseñó un cuestionario dirigido a médicos gastroenterólogos. El cuestionario era anónimo, sin dirección, investigador principal ni cualquier otro sistema de identificación. Incluía 2 tipos de ítems, demográficos y relacionados con la experiencia laboral (Anexo A) y otros dirigidos específicamente a determinar la actitud del médico sobre la adherencia (Anexo B). Desde la Secretaría Técnica del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) se envió en noviembre de 2017 un correo a los socios con un enlace a una encuesta online con dicho cuestionario, invitándolos a participar en el estudio. La encuesta, las respuestas y los datos se registraron a través del sistema de encuestas online Survey Monkey (Menlo Park, Cal, EE. UU.) (<https://www.surveymonkey.com/home>). Survey Monkey es una plataforma online de encuestas. Permite obtener los resultados como bases de datos y exportarlos a hojas de cálculo estadístico. Se dio un tiempo de respuesta de 2 meses, enviando en enero de 2018 una segunda encuesta a los que no habían respondido y en marzo de 2018 una tercera. En

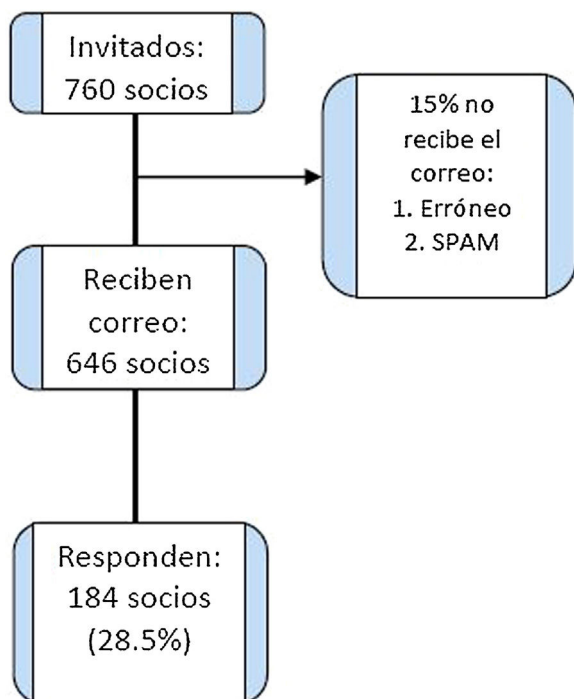
abril de 2018 se consideró cerrado el periodo para poder responder a los cuestionarios. Las encuestas no respondidas y aquellas en las que no se completaron todas las preguntas fueron descartadas del análisis.

Análisis estadístico

Los resultados de las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Se analizaron mediante el test de chi cuadrado los factores, tanto del médico como del paciente, relacionados con que se midiera la adherencia al tratamiento en la consulta y los relacionados con que se utilizara algún sistema para mejorar la adherencia al tratamiento, incluyendo sexo y edad del médico, tipo de hospital en el que ejerce (universitario o no), si lleva consulta monográfica de EII, los años que lleva ejerciendo la especialidad, el promedio de pacientes con EII que atiende semanalmente, tiempo semanal dedicado a la EII, si atiende en planta a pacientes con EII, si hace endoscopias a pacientes con EII, si tiene publicaciones sobre EII o sobre adherencia en EII indexadas en Medline, si está preocupado por la adherencia al tratamiento de sus pacientes y qué grado de importancia le concede, si mide en consulta la adherencia al tratamiento de sus pacientes y si la gravedad de la enfermedad influye en que lo haga o no y si mide la adherencia según el tratamiento recibido y en qué casos. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY, EE. UU.).

Resultados

Se invitó a participar a 760 médicos (todos los socios de GETECCU en ese momento) a través del correo electrónico obtenido de la base de datos de GETECCU. Se estimó que recibieron el correo 646 médicos gastroenterólogos de toda España (consideramos que aproximadamente un 15% no lo recibe (bien por correo erróneo, bien por SPAM al ser un mailing masivo).



Se obtuvieron 184 respuestas (28,5%). La mayor parte de los encuestados eran mujeres (116/184; 63,1%), las edades estaban comprendidas mayoritariamente entre 31 y 50 años (127/184; 69%) y ejercían en un hospital universitario en el 81,4% (150/184) de los casos. El 73,3% (135/184) de los encuestados llevaba una consulta monográfica de EII, el 42,9% (79/184) había ejercido la especialidad más de 16 años, el 50,5% (93/184) atendía a más de 20 pacientes con EII semanalmente y el 43,5% (80/184) le dedicaba más de 10 h a la semana a la consulta monográfica de inflamatoria. El 68,5% (126/184) de los encuestados tenía publicaciones sobre EII indexadas en Medline, pero solamente el 12,5% (23/184) tenía publicaciones sobre adherencia en EII (tabla 1).

A pesar de que casi el 99% de los encuestados consideraba que la adherencia al tratamiento es muy importante o importante, casi uno de cada 4 médicos no medía la adherencia en la consulta. Del 76,6% de los médicos que sí lo hacían, el método más utilizado era la pregunta simple (sí/no) mediante una entrevista personal, usados en las 3 cuartas partes de los casos. Solo algo menos del 25% utilizaba algún método objetivo de medición de la adherencia (pregunta simple-sí/no, escala analógica, recuento de comprimidos, analítica de sangre/orina, FM-Forget Medicine Scale, BMQ-Beliefs About Medicine, Morisky, otros) (fig. 1).

Del 76,6% de los médicos que valoraban la adherencia, 3 cuartas partes (el 77,7%) lo aplicaba en todos los pacientes (independientemente de la gravedad de la enfermedad). Sin embargo, la medición de la adherencia estaba influida por el tipo de tratamiento empleado, de manera que el 45,6% de los médicos medía la adherencia según el tratamiento que recibiera el paciente, siendo más habitual esta medición en pacientes tratados con tiopurínicos y agentes biológicos en tratamiento combinado (44,6%), comparado con salicilatos (30,7%), tiopurínicos (18,8%) o agentes biológicos (5,9%) en monoterapia.

El 46,8% de los médicos no utilizaba ningún sistema para mejorar la adherencia, a pesar de que el 100% consideraba que hacerlo implicaría un mejor pronóstico para el paciente. Entre los médicos que sí empleaban algún método para mejorar la adherencia, el 74,5% usaba la entrevista personal durante la misma consulta con el paciente, el 10% tenía reuniones periódicas con pacientes y el 4,6% usaban páginas Web o Blogs (fig. 2).

Se analizaron los factores, tanto del médico como del paciente, relacionados con que se midiera la adherencia al tratamiento en la consulta y los relacionados con que se utilizara algún sistema para mejorar la adherencia al tratamiento.

Los factores relacionados con la medición de la adherencia estadísticamente significativos fueron el tipo de tratamiento recibido por el paciente (salicilatos: 31 [30,7%], tiopurínicos: 19 [18,8%], biológicos: 6 [5,9%], tiopurínicos y biológicos: 45 [44,6%], $p=0,005$), el sexo del médico (mujer: 94 [67,6%], hombre: 45 [32,4%], $p=0,021$), tener publicaciones indexadas en Medline sobre adherencia en EII (sí: 23 [12,6%], no: 160 [87,4%], $p=0,002$) y el grado de importancia que el médico le concede a la adherencia (muy importante o importante: 182 [98,9%], poco importante o no importante: 2 [1,1%], $p=0,02$) (tabla 2).

En cuanto a los factores relacionados con el uso de algún sistema para mejorar la adherencia que influyeron de forma estadísticamente significativa fueron el tipo de tratamiento recibido por el paciente (salicilatos: 31 [30,7%], tiopurínicos: 19 [18,8%], biológicos: 6 [5,9%], tiopurínicos y biológicos: 45 [44,6%], $p=0,01$), el tipo de hospital en el que el médico ejercía la especialidad (universitario: 149 [81,4%], no universitario: 34 [18,6%], $p=0,04$), el tiempo semanal que el médico le dedicaba a la EII (≥ 6 h: 131 [71,6%], < 6 h: 52 [28,4%], $p=0,04$), que el médico tuviera publicaciones indexadas en Medline sobre EII (sí: 125 [68,3%], no: 58 [31,7%], $p=0,01$) y sobre adherencia en EII (sí: 23 [12,6%], no: 160 [87,4%], $p<0,001$), y el grado de importancia que el médico le concedía a la adherencia (muy importante o importante: 182 [98,9%], poco importante o no importante: 2 [1,1%], $p=0,01$) (tabla 3).

Discusión

Nuestros resultados muestran que pese a que los gastroenterólogos españoles le conceden una gran importancia a la adherencia en el manejo de la EII, su estimación no se lleva a cabo en la práctica clínica diaria por una cuarta parte de los médicos. Además, entre aquellos que sí la evalúan, el método utilizado en la mayoría de los casos es la pregunta simple (sí/no), utilizando algún método objetivo únicamente el 24,2% de los médicos que medían la adherencia. Otro dato relevante de nuestro estudio es que el 46,8% de los médicos no empleaba ningún sistema para mejorar la adherencia, a pesar de que el 100% consideraba que hacerlo implicaría un mejor pronóstico para el paciente. Una vez más el método más usado para mejorar la adherencia fue la simple entrevista personal con el paciente. La adherencia era valorada y promovida más habitualmente en los pacientes que recibían tiopurínicos o biológicos.

La falta de adherencia al tratamiento en las enfermedades es un problema de salud significativo, dado que

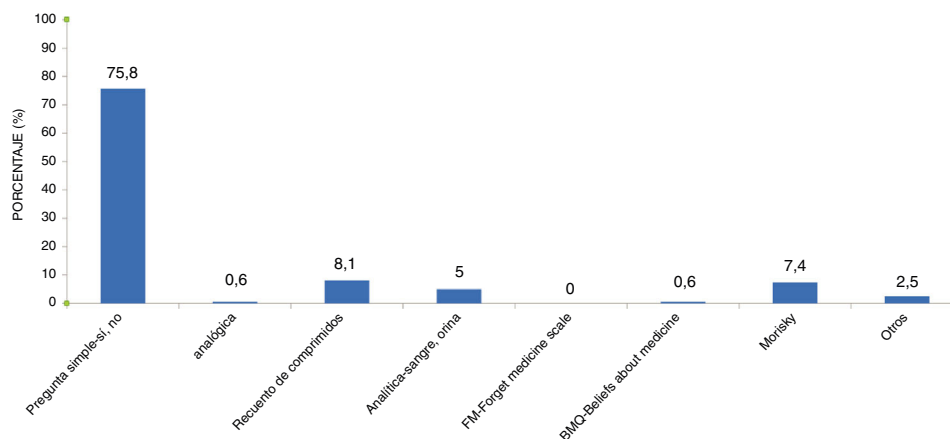


Figura 1 Métodos de determinación de adherencia utilizados.

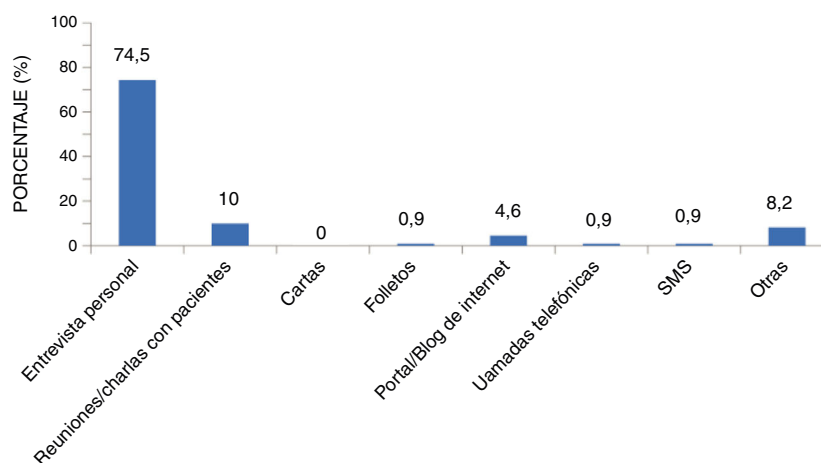


Figura 2 Sistemas utilizados para mejorar la adherencia.

conlleva un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad y un aumento de los costes en salud. La adherencia adecuada debe ser una prioridad en el tratamiento de cualquier enfermedad¹. La OMS considera que el aumento de la efectividad de las intervenciones de adherencia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de la población que cualquier mejora en un tratamiento médico específico²². Por tanto, antes de plantear la ausencia de respuesta de un tratamiento debe valorarse la buena adherencia a dicho tratamiento y optimizarla, especialmente en enfermedades crónicas y con riesgo de bajo cumplimiento²³. Esto es especialmente relevante en la EII, donde la no adherencia empeora el pronóstico de la enfermedad y aumenta la morbilidad y el coste de los cuidados médicos^{14,24,25}. Por tanto, para optimizar cualquier tratamiento en EII deben utilizarse todas las estrategias disponibles para monitorizar y mejorar la adherencia.

Habitualmente las estrategias para conseguir este objetivo se han situado sobre el paciente, intentando averiguar aquellos factores implicados en una peor adherencia, como la edad o el tipo de tratamiento. Sin embargo, los resultados han sido poco concluyentes, sin haberse conseguido identificar factores predictores de mala adherencia¹⁰⁻¹³. En consecuencia, se han propuesto alternativas y algunos

Tabla 2 Factores relacionados con la medición de la adherencia

<i>Según el tratamiento recibido</i>	p = 0,005
Salicilatos: 31 (30,7%)	
Tiopurinicos: 19 (18,8%)	
Biológicos: 6 (5,9%)	
Tiopurinicos y biológicos: 45 (44,6%)	
<i>Sexo</i>	p = 0,021
Mujer: 94 (67,6%)	
Hombre: 45 (32,4%)	
<i>Publicaciones indexadas sobre adherencia</i>	p = 0,002
Sí: 23 (12,6%)	
No: 160 (87,4%)	
<i>Grado de importancia que le concede a la adhesión</i>	p = 0,02
Muy importante o importante: 182 (98,9%)	
Poco importante o no importante: 2 (1,1%)	

Tabla 3 Factores relacionados con el uso de sistemas de mejora de la adherencia

<i>Según el tratamiento recibido</i>	p = 0,01
Salicilatos: 31 (30,7%)	
Tiopurínicos: 19 (18,8%)	
Biológicos: 6 (5,9%)	
Tiopurínicos y biológicos: 45 (44,6%)	
<i>El hospital en el que ejerce</i>	p = 0,04
Universitario: 149 (81,4%)	
No universitario: 34 (18,6%)	
<i>El tiempo semanal dedicado a la EII</i>	p = 0,04
≥ 6 h: 131 (71,6%)	
< 6 h: 52 (28,4%)	
<i>Publicaciones indexadas en Medline sobre EII</i>	p = 0,01
Sí: 125 (68,3%)	
No: 58 (31,7%)	
<i>Publicaciones indexadas en Medline sobre adherencia en EII</i>	p < 0,001
Sí: 23 (12,6%)	
No: 160 (87,4%)	
<i>Grado de importancia que le concede a la adhesión</i>	p = 0,01
Muy importante o importante: 182 (98,9%)	
Poco importante o no importante: 2 (1,1%)	

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

estudios intentan incidir en un cambio de modelo, tratando de discernir los factores de riesgo específicos en cada paciente individual²⁶.

Una vez identificado el paciente en riesgo, se debería utilizar algún método objetivo para medir la adherencia, aunque no hay sistemas universalmente aceptados. Se han utilizado diversos medios, desde la simple entrevista personal a la medición de metabolitos del fármaco, el recuento de pastillas, la retirada del medicamento de la farmacia, la monitorización electrónica o el uso de escalas (cuestionario de Morisky para EII, escala analógica visual)^{27,28}. Una vez identificada la falta de adherencia, es necesario desarrollar diversas intervenciones sobre el paciente para mejorarla²⁹.

A pesar del reconocimiento generalizado del problema de la no adherencia, pocas veces se ha estudiado cómo percibe el médico esta cuestión y qué actuaciones lleva a cabo para mejorarla^{20,21}.

En un estudio previo inglés Soobraty et al.²⁰ obtuvieron una tasa de respuesta del 10%. Solamente el 52% eran médicos especialistas, siendo el resto fundamentalmente médicos residentes en formación e incluso dietistas y biólogos. Esto hace que la muestra sea muy poco representativa de la práctica médica habitual, al menos en nuestro país. Significativamente la no adherencia fue percibida como un problema frecuente tan solo por el 43%, lo que podría estar en relación con el bajo número de especialistas dedicados a la EII entre los que respondieron a la encuesta. A pesar de ello, el 99% pensaban que mejorar la adherencia mejoraría

el pronóstico de los pacientes con EII y el 80% creían que determinar la adherencia en consulta es importante. Una vez más solamente el 58% evaluaban la adherencia en la consulta y únicamente el 25% lo hacía de forma habitual. Solo el 40% utilizaba métodos validados para hacerlo mientras que el otro 60% usaba la pregunta simple al paciente. El 99% de los que respondieron pensaba que mejorar la adherencia mejoraría el pronóstico de la enfermedad inflamatoria y el 80% consideraba su medición como importante.

En el estudio de Trindade et al.²¹ se obtuvieron 402 respuestas para una tasa bruta de respuesta del 6%. Alrededor del 77% de los médicos que respondieron evaluaban la adherencia a la medicación. Del 77% que lo hacía, menos del 20% utilizaba medios objetivos. El resto utilizó la entrevista con el paciente para evaluar la adherencia.

El porcentaje de respuestas de nuestro estudio fue significativamente más elevado que en los 2 estudios previos publicados hasta la fecha. Al igual que en la publicación de Trindade et al., la mayor parte de nuestros encuestados consideraban que la adherencia es muy importante pero un porcentaje significativo no la valoraban en la práctica clínica habitual. Además, entre quienes sí lo hacían se usaba fundamentalmente un método no objetivo como la entrevista personal. Los resultados del estudio inglés y del estudio entre los médicos norteamericanos difieren notablemente de los nuestros. Esto puede ser debido a lo heterogéneo de los encuestados en los otros estudios, con un bajo porcentaje de médicos dedicados a la EII. De acuerdo con estudios previos, se medía significativamente más la adherencia entre aquellos pacientes que estaban utilizando tiopurínicos o biológicos, quizá por una mayor preocupación del médico por el pronóstico de la enfermedad^{20,21}.

Un resultado de nuestro estudio coincidente con los publicados previamente es la utilización de la pregunta simple (sí/no) como método habitual de valoración de la no adherencia, pese a que es sabido que muchos pacientes pueden ser reacios a dar datos en este sentido o bien dar estimaciones poco precisas³⁰. Aunque existen otros métodos más objetivos como la medición directa del fármaco o sus metabolitos en sangre u orina, el recuento de los fármacos retirados por el paciente o las escalas de adherencia, únicamente una cuarta parte de los médicos que medían la adherencia utilizaba algún método objetivo más allá de la pregunta simple. En los 2 estudios anteriores los porcentajes fueron también muy bajos (tabla 4).

Otro dato relevante de nuestro estudio, que no había sido valorado previamente, es que el 46,8% de los médicos no utilizaba ningún sistema para mejorar la adherencia, a pesar de que el 100% consideraba que hacerlo implicaría un mejor pronóstico para el paciente. Una vez más el método más usado para mejorar la adherencia era la simple entrevista personal con el paciente, aunque métodos más objetivos han demostrado mayor eficacia^{31,32}.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones: como en cualquier estudio realizado mediante una encuesta es inevitable un sesgo de selección, aunque creemos que la muestra es probablemente representativa de los médicos dedicados a la EII en nuestro país; pese a ello, la opinión de los encuestados puede no coincidir con la práctica habitual de los gastroenterólogos generalistas. Se podría considerar un sesgo el hecho de que los médicos que han contestado serían los más interesados en el tema de adherencia, y

Tabla 4 Comparativa con publicaciones previas (encuestas realizadas a médicos)

Autor	Respuestas a la encuesta, n (%)	Lleva consulta de EII (%)	Preocupación por la adherencia (%)	Medición de adherencia (%)	Método objetivo (%)	Uso de sistema de mejora (%)
Alonso et al.	760 (184-28)	73	98	76,6	25	53,2
Trindade et al.	6380 (395-6)	NA	95	77	19	NA
Soobraty et al.	975 (98-10)	52	43	58	40	NA

NA: no aplicable.

por tanto, la consideran en mayor medida en sus consultas. Mientras que los que no contestaron serían aquellos que no están tan interesados en el tema. Por ello, en el estudio se podrían haber magnificado los resultados («el 100% consideran importante la adherencia»). Tampoco podemos determinar si los que no respondieron la encuesta tienen los mismos puntos de vista que los que sí lo hicieron. Una limitación a tener en consideración es que no se encuestó a los pacientes de los médicos/as que respondieron al cuestionario, para correlacionar si la visión de los gastroenterólogos/as que recoge este estudio es la misma que percibe el paciente en cuanto al manejo de la adherencia que se hace en las consultas; la discapacidad social a la hora de responder esta encuesta puede haber sobreestimado los datos de adherencia que respondieron los/las profesionales. Además, como en cualquier encuesta, es posible que los que respondieron estén más implicados en el manejo de la EII o que hayan dado las respuestas que creían que se esperaban de ellos o aquellas respuestas que creen que los investigadores estaban buscando. La tasa de respuesta limitada es inherente a estos estudios y supone un importante sesgo de selección.

Es de destacar que se obtuvo un 28% de tasa de respuesta, sensiblemente superior al 6% y al 10% de los 2 únicos estudios previos que valoran este aspecto^{20,21}. Es el primer estudio europeo sobre la actitud de los especialistas en gastroenterología en la adherencia a los pacientes con EII. Además, es el único que hasta la fecha ha valorado si el médico utiliza algún sistema para mejorar la adherencia.

La determinación de la adherencia mediante una entrevista con el paciente es el método menos válido de los utilizados, porque suele sobreestimar la adherencia en un porcentaje significativo de los casos^{28,30}. Podría argumentarse que la medición de la adherencia puede requerir un tiempo del que no se dispone en las consultas, habitualmente saturadas. Sin embargo, hay métodos objetivos como las escalas analógicas visuales que no requieren un tiempo extra²⁸. Asimismo, una mejora de la tasa de adherencia se puede conseguir, por ejemplo, con métodos online que tampoco requieren un esfuerzo adicional en consulta^{29,31}. Lo que parece claro es que aumentar la adherencia ayuda a una mejora del pronóstico de los pacientes con EII⁷⁻⁹. Por tanto, cualquier estrategia dirigida a detectarla y corregirla ayudaría a mejorar la efectividad de los medicamentos de los que disponemos actualmente.

Conclusiones

En el manejo de la EII existen importantes repercusiones clínicas y económicas relacionadas con una baja adherencia

al tratamiento. Tradicionalmente se ha puesto énfasis en los aspectos del paciente relacionados con la mala adherencia, pero pocas veces se ha analizado qué está haciendo el médico para evaluarla y mejorarla. Nuestros datos muestran que a pesar de que casi el 100% de los encuestados considera que la adherencia al tratamiento médico es importante o muy importante, la mayoría (> 75%) no utilizan métodos objetivos para medirla ni para mejorarla en la práctica clínica habitual. Debería evaluarse en futuros estudios si un cambio en la actitud de los médicos sobre la adherencia podría suponer una mejora en el pronóstico de los pacientes con EII.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gastrohep.2019.10.007](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.10.007).

Bibliografía

- Cutler DM, Everett W. Thinking outside the pillbox-medication adherence as a priority for health care reform. *N Engl J Med*. 2010;362:1553-5, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1002305>.
- Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel disease with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142:46-54, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2011.10.001>, e42; quiz e30.
- Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL, et al. Burden and cost of gastrointestinal liver, and pancreatic diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology*. 2019;156:254-72.e11, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.063>.
- Jackson CA, Clatworthy J, Robinson A, Horne R. Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: A systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2010 Mar;105:525-39, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.685>.
- Herman ML, Kane SV. Treatment nonadherence in inflammatory bowel disease: Identification scope, and management strategies. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21:2979-84, <http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000581>.
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000011>.

7. Kane S, Huo D, Aikens J, Hanauer S. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. *Am J Med.* 2003;114:39–43, [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9343\(02\)01383-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9343(02)01383-9).
8. Robinson A, Hankins M, Wiseman G, Jones M. Maintaining stable symptom control in inflammatory bowel disease: A retrospective analysis of adherence, medication switches and the risk of relapse. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;38:531–8, <http://dx.doi.org/10.1111/apt.12396>.
9. Prosberg MV, Vester-Andersen MK, Andersson M, Jess T, Andersen JT, Vind I, et al. Long-term compliance with oral 5-aminosalicylic acid therapy and risk of disease recurrence in patients with ulcerative colitis: A population-based cohort study. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:925–32, <http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000700>.
10. Severs M, Mangen MJ, Fidler HH, van der Valk ME, van der Have M, van Bodegraven AA, et al. Clinical predictors of future nonadherence in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23:1568–76, <http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000001201>.
11. Bermejo F, López-San Román A, Algaba A, Guerra I, Valer P, García-Garzón S, et al. Factors that modify therapy adherence in patients with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2010;4:422–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2010.01.005>.
12. D'Inca R, Bertomoro P, Mazzocco K, Vettorato MG, Rumiati R, Sturmiolo GC. Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27:166–72, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03555.x>.
13. Ediger JP, Walker JR, Graff L, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, et al. Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:1417–26, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01212.x>.
14. Velayos FS, Terdiman JP, Walsh JM. Effect of 5-aminosalicylate use on colorectal cancer and dysplasia risk: A systematic review and metaanalysis of observational studies. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1345–53, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41442.x>.
15. Coenen S, Weyts E, Ballet V, Noman M, Van Assche G, Vermeire S, et al. Identifying predictors of low adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2016;28:503–7, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000000570>.
16. Nikolaus S, Schreiber S, Siegmund B, Bokemeyer B, Bästlein E, Bachmann O, et al. Patient education in a 14-month randomised trial fails to improve adherence in ulcerative colitis: Influence of demographic and clinical parameters on non-adherence. *J Crohns Colitis.* 2017;11:1052–62, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx062>.
17. Hawthorne AB, Rubin G, Ghosh S. Review article: Medication non-adherence in ulcerative colitis-strategies to improve adherence with mesalazine and other maintenance therapies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27:1157–66, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03698.x>.
18. Lenti MV, Selinger CP. Patients' beliefs and concerns about the necessity of long-term therapies are crucial for medication adherence for inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2017;11:764–5, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw213>.
19. Robinson A. Review article: Improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27 Suppl 1:9–14, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03604.x>.
20. Soobraty A, Boughdady S, Selinger CP. Current practice and clinicians' perception of medication non-adherence in patients with inflammatory bowel disease: A survey of 98 clinicians. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2017;8:67–73, <http://dx.doi.org/10.4292/wjgpt.v8.i1.67>.
21. Trindade AJ, Morisky DE, Ehrlich AC, Tinsley A, Ullman TA. Current practice and perception of screening for medication adherence in inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45:878–82, <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0b013e3182192207>.
22. De Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003;2:323, [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4).
23. National Institute for Health and Clinical Excellence. Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE clinical guideline 76 Manchester: National institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
24. Van der Valk ME, Mangen MJ, Leenders M, Dijkstra G, van Bodegraven AA, Fider HH, et al., COIN study group and the Dutch Initiative on Crohn and Colitis. Healthcare costs of inflammatory bowel disease have shifted from hospitalisation and surgery towards anti-TNF α therapy: Results from the COIN study. *Gut.* 2014;63:72–9, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-303376>.
25. Higgins PD, Rubin DT, Kaulback K, Schoenfield PS, Kane SV. Systematic review: Impact of non-adherence to 5-aminosalicylic acid products on the frequency and cost of ulcerative colitis flares. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29:47–57, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03865.x>.
26. Kane SV, Robinson A. Review article: Understanding adherence to medication in ulcerative colitis—innovative thinking and evolving concepts. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;32:1051–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2010.04445.x>.
27. Chan W, Chen A, Tiao D, Selinger C, Leong R. Medication adherence in inflammatory bowel disease. *Intest Res.* 2017;15:434–45, <http://dx.doi.org/10.5217/ir.2017.15.4.434>.
28. Severs M, Zuithoff PN, Mangen MJ, van der Valk ME, Siersema PD, Fidler HH, et al. Assessing self-reported medication adherence in inflammatory bowel disease: A comparison of tools. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:2158–64, <http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000853>.
29. Thakkar J, Kurup R, Laba TL, Santo K, Thiagalingam A, Rodgers A, et al. Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease: A meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2016;176:340–9, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7667>.
30. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487–97, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr050100>.
31. Elkjaer M, Shuhaibar M, Burisch J, Bailey Y, Scherfig H, Laugesen B, et al. E-health empowers patients with ulcerative colitis: a randomised controlled trial of the web-guided 'Constant-care' approach. *Gut.* 2010;59:1652–61, <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2010.220160>.
32. Moshkovska T, Stone MA, Smith RM, Bankart J, Baker R, Mayberry JF. Impact of a tailored patient preference intervention in adherence to 5-aminosalicylic acid medication in ulcerative colitis: Results from an exploratory randomised controlled trial. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:1874–81, <http://dx.doi.org/10.1002/ibd.21570>.