



## DOCUMENTO DE CONSENSO

# Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones<sup>☆</sup>



Domingo Orozco-Beltrán<sup>a,\*</sup>, Manel Mata-Cases<sup>b</sup>, Sara Artola<sup>c</sup>, Pedro Conthe<sup>d</sup>, Javier Mediavilla<sup>e</sup> y Carlos Miranda<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Cátedra de Medicina de Familia, Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

<sup>b</sup> Grupo de Trabajo de Atención Primaria y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y de la RedGDPS, Centro de Atención Primaria La Mina, Sant Adrià del Besòs, Barcelona, España

<sup>c</sup> Miembro de la comisión RedGDPS, Centro de Salud Hereza, Leganés, Madrid, España

<sup>d</sup> Secretario General de la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM), Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>e</sup> Coordinador del Grupo Diabetes Mellitus de SEMERGEN, Centro de Salud Burgos Rural, Burgos, España

<sup>f</sup> Coordinador Nacional del Grupo Diabetes SEMG, Centro de Salud Buenavista, Toledo, España

Recibido el 11 de junio de 2015; aceptado el 8 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 13 de enero de 2016

### PALABRAS CLAVE

Adherencia terapéutica;  
Diabetes mellitus tipo 2;  
Técnica Delphi;  
Atención primaria;  
Medicina de familia

### Resumen

**Objetivos:** Definir el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), las posibles intervenciones para mejorarla y el papel de las distintas partes implicadas.

**Diseño:** Valoración de cuestionario estructurado mediante método Delphi aplicado en 2 rondas.

**Emplazamiento:** Estudio realizado en el ámbito de atención primaria.

**Participantes:** Panel formado por profesionales médicos de reconocido prestigio y con amplia experiencia en diabetes.

**Mediciones principales:** Valoración a través de una escala Likert de 9 puntos del grado de acuerdo o desacuerdo de 131 ítems agrupados en 4 bloques: impacto; causas de incumplimiento; diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas, y mejores intervenciones y papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia.

**Resultados:** Con una tasa de participación del 76,31%, los profesionales sanitarios de atención primaria consensuaron 110 de las 131 aseveraciones propuestas (84%), mostrando acuerdo en 102 ítems (77,9%) y desacuerdo en 8 (6,1%). No se logró consenso en 21 ítems.

<sup>☆</sup> Todos los autores firmantes han leído y aprobado el presente manuscrito y han participado en el diseño, realización del estudio, interpretación de los datos y redacción y aprobación final del manuscrito.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dorozcobeltran@gmail.com](mailto:dorozcobeltran@gmail.com) (D. Orozco-Beltrán).

**Conclusiones:** La falta de adherencia en los pacientes con DM2 dificulta lograr el control terapéutico. La formación específica y disponer de los recursos necesarios en la consulta son esenciales para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia. (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>)

## KEYWORDS

Patient compliance;  
Diabetes mellitus  
type 2;  
Delphi technique;  
Primary health care;  
Family practice

## Adherence of Type 2 Diabetes Mellitus approach: Current situation and possible solutions

### Abstract

**Objectives:** Define the impact and causes of non-adherent type-2 diabetes mellitus (DM2) patients, possible solutions and the role of the different health care professionals involved in the treatment.

**Design:** Structured questionnaire rating by a two-round Delphi method.

**Location:** The study was conducted in the Primary Care settings.

**Participants:** The expert panel consisted of renowned medical professionals with extensive experience in diabetes.

**Main measurements:** Assessment through a 9-point Likert scale, of the degree of agreement or disagreement on 131 items grouped into 4 blocks: impact; causes of nonadherence; diagnosis of non-adherence, and possible causes, solutions and role of the different professionals involved in adherence.

**Results:** The participation rate was 76.31%. The primary care health professionals agreed on 110 of the 131 proposals statements (84%), showing agreement on 102 items (77.9%) and disagreement in 8 (6.1%). Consensus was not reached on 21 items.

**Conclusions:** The lack of adherence of DM2 patients makes the achievement of therapeutic control difficult. The medical practice needs to have specific training and enough resources to reduce the impact of the lack of therapeutic compliance.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## Introducción

Se estima que más de 371 millones de personas en el mundo padecen diabetes mellitus (DM), una cifra que aumenta anualmente y que produce cada año 4,8 millones de muertes debidas a complicaciones derivadas de la enfermedad<sup>1</sup>. En España, con una prevalencia del 13,8% en mayores de 18 años<sup>2</sup>, se calcula que las complicaciones de la DM generan entre 7 y 12 altas por 100.000 habitantes, que suponen un 10% de los ingresos hospitalarios por todos los motivos<sup>3</sup> y que, en el año 2011, representaron un gasto sanitario total de 3.297.095,3 €<sup>4</sup>.

Ante la magnitud de estas cifras, resulta de especial importancia lograr los objetivos terapéuticos planteados y evitar las graves complicaciones asociadas a esta enfermedad, por lo que es crítico en estos pacientes conseguir una adecuada adherencia al tratamiento. La adherencia terapéutica puede definirse como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el profesional sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito<sup>5</sup>. La falta de adherencia se sitúa entre el 30 y el 51% en los pacientes con DM tipo 2 (DM2) que toman antidiabéticos orales<sup>6,7</sup>, y de cerca del 25% en pacientes insulinizados<sup>8,9</sup>.

Los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos de atención primaria, deben conocer el fenómeno de la falta de adherencia, detectarlo y averiguar sus causas, así como tener recursos para poder intervenir eficazmente

en los pacientes. El objetivo de este estudio es explorar la opinión técnica de un panel clínico experto y alcanzar un consenso de criterio profesional para definir el impacto, las causas y el diagnóstico individual de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con DM2. Se pretendió así mismo consensuar las mejores intervenciones y el papel de las distintas partes implicadas en la mejora de la adherencia terapéutica en estos pacientes.

## Método

### Diseño del estudio

Como técnica de consenso se utilizó el método Delphi modificado<sup>10</sup> aplicado en 2 rondas entre un grupo de expertos seleccionado.

### Fases del estudio

El estudio se desarrolló en 4 fases:

Definición del problema objeto de estudio y elaboración del cuestionario por el comité científico integrado por médicos de reconocida trayectoria y experiencia profesional en el campo de la diabetes.

Selección por parte del comité científico de un panel de expertos de atención primaria de reconocido prestigio, con un perfil mayoritariamente asistencial, desarrollando su principal actividad en centros de salud de medicina familiar y comunitaria. Sin embargo, varios miembros del panel de

expertos presentan un perfil mixto, combinando su actividad en atención primaria con cargos docentes, en unidades de investigación o en unidades de calidad pertenecientes a servicios de salud regionales. También se contó con la opinión de un endocrinólogo para poder contar con la opinión de la visión hospitalaria. Fueron incorporados mediante un proceso sistematizado y controlado por el equipo técnico del proyecto, buscando la representatividad a nivel territorial por comunidades autónomas. A cada integrante del panel se le contactó por correo electrónico, informándole de los objetivos del estudio y pidiendo su participación

Preparación del cuestionario *on line* y lanzamiento en 2 rondas.

Análisis de resultados intermedios, finales y discusión de conclusiones.

## Elaboración del cuestionario

A partir de las conclusiones recogidas tras definir el objeto del estudio y revisar la bibliografía existente, se redactaron 131 ítems agrupados en 4 bloques: impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 (bloque I); causas principales de incumplimiento en los pacientes con DM2 (bloque II); diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con DM2 (bloque III), y finalmente, mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con DM2 (bloque IV). En cada ítem del cuestionario se pedía que el panelista valorara a través de

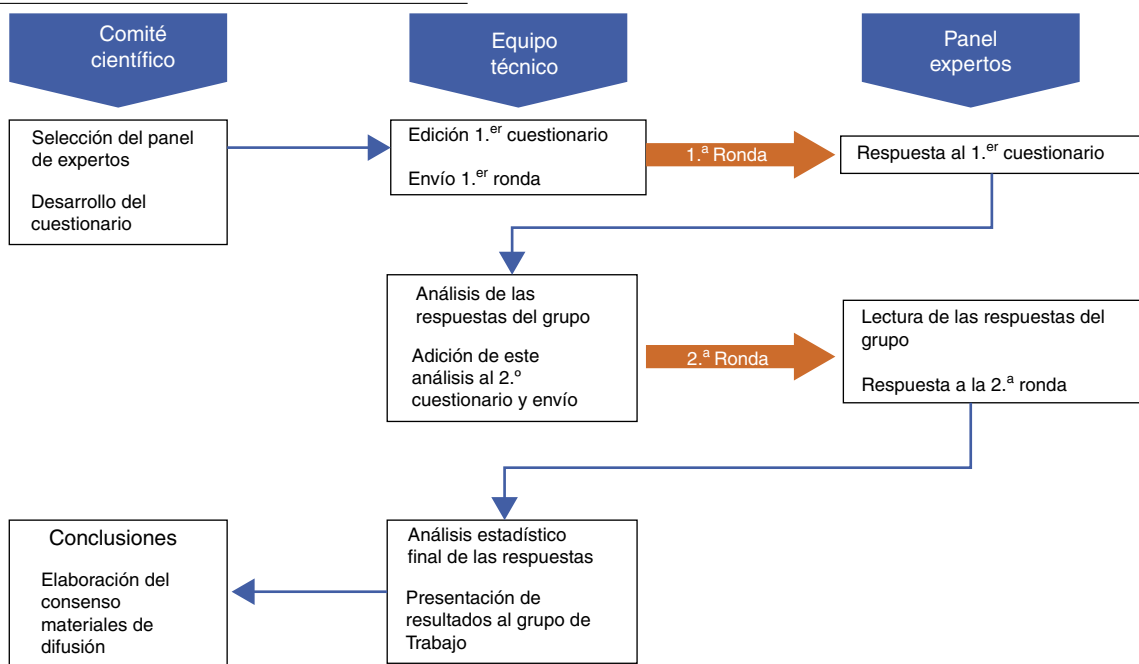
Cada participante podía acceder y cumplimentar el cuestionario a través de una plataforma web. En la segunda ronda, se pedía a los panelistas que reevaluaran determinadas aseveraciones, recibiendo para ello la puntuación que habían otorgado a cada ítem junto con el análisis de los resultados grupales. Las 2 rondas del estudio se completaron entre junio y octubre de 2014.

## Análisis estadístico e interpretación de resultados

Se calcularon la media, la posición de la mediana de puntuaciones del grupo y el rango intercuartílico (rango de puntuaciones contenidas entre los valores p25 y p75 de la distribución).

Un ítem se consideró consensado en términos de «acuerdo» si la mediana de las puntuaciones era  $\geq 7$  y menos de 1/3 de los panelistas puntuaron fuera del intervalo [7-9], y en «desacuerdo» si la mediana de las puntuaciones era  $\leq 3$  y fuera del intervalo [1-3] se situaba la puntuación de menos de 1/3 de los participantes. Se estableció «discordancia de criterio» en el panel cuando las puntuaciones de un tercio o más de los panelistas se situaba en la región [1-3] y de otro tercio o más en la región [7-9]. Los ítems restantes en los que no se observó concordancia ni discordancia, aquellos en que la mediana se encuentra entre las puntuaciones [4-6], se consideraron con un nivel de no consenso.

En la segunda ronda del cuestionario se sometieron a reevaluación todos los ítems no consensados y aquellos en los que se apreció una alta dispersión de opiniones entre los encuestados, con un rango intercuartílico  $\geq 4$  puntos.



Esquema general del estudio:

una escala Likert de 9 puntos el grado de acuerdo o desacuerdo con la cuestión a valorar, siendo la puntuación de 1 el mínimo posible y mostrando el total desacuerdo. Las distintas puntuaciones se clasificaron en 3 categorías de respuesta: de 1 a 3 como «desacuerdo», de 4 a 6 «ni acuerdo ni en desacuerdo», y de 7 a 9 «acuerdo».

## Resultados

El cuestionario fue cumplimentado por 58 de los 76 expertos inicialmente contactados, lo que implica una tasa de participación del 76,31%.

En la primera ronda, los expertos consultados consensuaron 84 de las 131 cuestiones (64%), 83 de ellas en términos de acuerdo. En la segunda ronda se sometieron a reevaluación los restantes 47 ítems (36%), en los que los panelistas no consiguieron unificar su criterio.

Finalmente, el panel consensuó 110 de las 131 aseveraciones propuestas (84%), mostrando términos de acuerdo en 102 ítems (77,9%) y de desacuerdo en 8 de ellos (6,1%). Los resultados más destacados por bloque temático, según la opinión de los expertos consultados, se muestran en la [tabla 1](#). No se logró llegar a consenso en 21 aseveraciones, mostradas en la [tabla 2](#), perteneciendo 8 cuestiones al bloque I, 2 cuestiones al bloque II, 8 cuestiones al bloque III y 3 cuestiones al bloque IV.

Finalmente, las tablas A.1-A.4, en el [anexo](#), muestran los resultados específicos de cada ítem del cuestionario con la media, mediana, rango intercuartílico, porcentaje de panelistas que valoraron ese ítem en una región distinta a la que contenía la mediana y valoración final.

## Discusión

El impacto de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos ha sido estudiado anteriormente utilizando diversas metodologías. En un registro publicado en el año 2012 se puso de manifiesto que solo el 56% de los pacientes con DM2 lograron el control metabólico, a pesar de que aproximadamente el 78% de los pacientes seguía tratamiento con antidiabéticos orales o con insulina<sup>11</sup>. Por otro lado, según otros estudios la tasa de incumplimiento se sitúa entre el 30 y el 51% entre pacientes con DM2 que toman antidiabéticos orales<sup>6,7</sup> y cerca del 25% en pacientes insulinizados<sup>8,9</sup>.

Según nuestro conocimiento, este es hasta la fecha el primer estudio Delphi realizado en nuestro país que trata de explorar la situación actual de la adherencia terapéutica en pacientes con DM2 según la opinión de un grupo de expertos.

Al igual que otros autores consideran en el caso de otras enfermedades crónicas, el incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario de primer orden que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. En primer lugar reduce la posibilidad de alcanzar el control metabólico adecuado aumentando la morbimortalidad, lo que ya ha sido demostrado en otros estudios: un incremento de la adherencia a los antidiabéticos orales del 10% supone un descenso de la HbA1c del 0,1%<sup>12</sup>. Este mal control se asocia a un aumento de las hospitalizaciones debidas a complicaciones y reduce la calidad de vida del paciente<sup>13-15</sup>, siendo ambos hechos conocidos por los expertos consultados en el presente estudio.

En el caso concreto de la DM2, la falta de adherencia es, junto con la falta de intensificación del tratamiento o inercia terapéutica, una de las principales causas de mal control metabólico y se asocia a mayor morbimortalidad cardiovascular<sup>16-18</sup>. De hecho, adherencia e inercia terapéutica parecen estar asociados, y los pacientes con mayor tasa de cumplimiento tienen más probabilidades de que su tratamiento se intensifique en los siguientes 12 meses tras no lograr un control metabólico adecuado (HbA1c < 7%) al compararlos con los pacientes con bajas tasas de adherencia<sup>17</sup>.

En la mayoría de los pacientes con DM2 el tratamiento farmacológico y las recomendaciones basadas en modificación de estilo de vida son pautadas, seguidas y controladas en el ámbito de la atención primaria<sup>19,20</sup>. Según un estudio realizado en nuestro país, alrededor de un tercio de las consultas de enfermería en atención primaria están relacionadas con problemas derivados directamente de la DM2<sup>21</sup>.

Por tanto, son los médicos y el personal de enfermería en este nivel asistencial los principales profesionales sanitarios involucrados en actuar sobre aquellos pacientes en los que no se alcancen los objetivos terapéuticos prefijados. Es necesario tener la formación y las herramientas necesarias para identificar este fenómeno, y no achacar la causa del mal control metabólico a una insuficiente respuesta terapéutica que conduciría a la realización de pruebas innecesarias, cambios de prescripción o intensificación de tratamientos que pudieran incrementar los riesgos para el paciente<sup>14</sup>.

En relación con la detección y la medición de la adherencia, no parece ser suficiente con el criterio clínico del médico o la información dada por el paciente en el caso de la DM2. Al ser este un problema generalizado en la valoración de la adherencia, se han validado distintas metodologías estandarizadas de medición, pudiendo diferenciarse entre mediciones de tipo directo (concentración en sangre u observación directa de la ingesta) o de tipo indirecto (cuestionarios al paciente, evaluación de la respuesta al tratamiento, etc.)<sup>22-25</sup>.

Según los resultados de nuestro estudio, parece ser que los métodos de medición indirecta, como los test de Hayness-Sackett y Morisky-Green de 8 ítems, junto con la información de receta electrónica y dispensación farmacéutica, son los más utilizados en el caso de los pacientes con DM2. En cuanto a la pregunta de si sería necesario desarrollar un test específicamente diseñado para medir el grado de adherencia terapéutica en la DM2, no se logra alcanzar consenso en términos de acuerdo o desacuerdo.

Existe acuerdo en considerar la importancia de la medición periódica del cumplimiento terapéutico, ya que hay distintas modalidades de incumplimiento farmacológico, en función de cuándo decide el paciente dejar de tomar la medicación. Por un lado, es posible que el paciente ni siquiera comience a tomar la medicación, o puede comenzar a tomarla del modo adecuado pero al cabo de un tiempo abandonarla prematuramente. Además, el cumplimiento puede variar en el tiempo, tal y como se ha descrito en otros estudios, observándose un descenso del porcentaje de pacientes cumplidores, que pasa del 82,5% en los primeros 6 meses de tratamiento al 71,8% en los últimos 6 meses en pacientes con DM2 que usaban insulina<sup>8</sup>.

De manera habitual existen ciertas barreras que impiden que las distintas herramientas de medición de la adherencia puedan implementarse en las consultas, y estas han sido señaladas por el grupo de trabajo. Por un lado, es posible que los cuestionarios no se realicen por desconocimiento de su existencia o debido a la limitación del tiempo de atención al paciente. Por otro lado, puede existir falta de coordinación entre profesionales sanitarios (médico de atención primaria, especialista y enfermería). En cuanto a la información basada en la receta electrónica o dispensación de fármacos en las farmacias, no está disponible de manera similar en las distintas comunidades autónomas.

**Tabla 1** Resultados más destacados por bloque temático según la opinión de los expertos consultados en el estudio**Bloque I. Impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

La falta de adherencia terapéutica se asocia a una reducción en la posibilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos, a un incremento en la morbimortalidad y en el número de hospitalizaciones y urgencias, a una disminución de la calidad de vida del paciente, y a un mayor coste sanitario

El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 lo tiene en cuenta el médico de atención primaria, el personal de enfermería y educadores en diabetes y la industria farmacéutica

La falta de adherencia terapéutica en DM2 tiene consecuencias negativas para la salud del paciente en todos los grupos de edad

La falta de adherencia terapéutica a la medicación prescrita puede ocasionar que el médico valore inadecuadamente la efectividad real de esa medicación. Esto puede derivar en un aumento de la medicación prescrita, al añadir otros fármacos adicionales para alcanzar los objetivos de control de la DM2, e incrementar el gasto sanitario por todas las vías

Un paciente con DM2 con buena adherencia al tratamiento farmacológico es más probable que cumpla con índices similares de adherencia el resto de las indicaciones y ajustes del estilo de vida prescrito

Las terapias combinadas para el paciente diabético pueden redundar en una mayor adherencia terapéutica a la prescripción

**Bloque II. Causas principales de incumplimiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

La falta de conocimiento sobre la enfermedad, sobre el tratamiento o sobre las recomendaciones de autogestión, el carecer de apoyo social, o la comorbilidad con depresión o deterioro cognitivo son algunos de los factores que pueden predecir el incumplimiento en los pacientes diabéticos tipo 2

Los fármacos con más efectos adversos pueden comprometer la adherencia terapéutica, así como los altos costes de los mismos

La buena relación profesional sanitario-paciente y una adecuada educación sanitaria favorecen una mejor adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, en la práctica clínica este último punto no recibe la suficiente atención

**Bloque III. Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con diabetes mellitus tipo 2**

Se considera que un paciente es adherente al tratamiento cuando presenta una tasa del 80-120% de cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad

Ni el criterio clínico, ni la información facilitada por el paciente, suelen ser suficientes para identificar la falta de adherencia

La medición del cumplimiento debe realizarse de manera periódica incluyendo las pautas de conducta y la prescripción farmacológica. Los más empleados serían preguntar al paciente, contar comprimidos, el uso de la receta electrónica, cumplimentación de test estandarizados como el test de Hayness-Sackett o Morisky-Green y el control de la dispensación en farmacia

Cuando un paciente mal controlado presenta una buena adherencia a la medicación, el problema es la falta de intensificación del tratamiento. Por otro lado, antes de añadir un nuevo fármaco o ascender en la escala terapéutica en un paciente con DM2 con mal control, siempre es necesario valorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico

**Bloque IV. Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2**

La simplificación de tratamiento para el paciente diabético (uso de terapias combinadas, sencillez en la dosificación) puede redundar en una mayor adherencia terapéutica a la prescripción

Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la DM2 suelen estar a cargo principalmente del médico de atención primaria y equipo de enfermería y sería importante la implicación por parte del farmacéutico

La toma de decisiones compartidas entre profesional sanitario-paciente y que el paciente participe en la monitorización de su enfermedad son factores con los que se puede lograr una mayor adherencia

Intervenciones en consulta enfocadas en la mejora de la adherencia son adecuar el lenguaje, comprobar con el paciente el grado de comprensión de los mensajes que se le han dado o explicar con claridad dudas sobre la enfermedad y el tratamiento, entrevistas motivacionales

Otras intervenciones que podrían aumentar la adherencia terapéutica incluyen: educación sanitaria del paciente y cuidador, el apoyo de las asociaciones de pacientes, intervenciones basadas en llamadas telefónicas, mensajes de texto y alertas, aumentar la formación específica sobre adherencia en los profesionales sanitarios

Las causas que motivan que un enfermo crónico no cumpla con las prescripciones dadas han sido descritas ampliamente con anterioridad<sup>9,26</sup>. Clásicamente se ha adoptado el modelo multidimensional descrito por la OMS, que identifica 5 grupos de factores causales: variables relacionadas con el paciente, con el tratamiento, con la enfermedad, con el sistema sanitario, y variables de tipo socioeconómico. En concreto, el panel de expertos destaca que en el caso de los pacientes con DM2, un régimen complejo de tratamiento

—que puede incluir hipolipemiantes y antihipertensivos—, la mayor duración de la enfermedad, una deficiente comunicación profesional sanitario-paciente, carecer de un adecuado apoyo social, tener creencias negativas sobre la enfermedad y el tratamiento, la depresión o un bajo nivel de alfabetización sanitaria constituyen causas principales de incumplimiento. Existen distintos trabajos en diabéticos que coinciden con el presente estudio a la hora de establecer las distintas causas del incumplimiento<sup>26-30</sup>.

**Tabla 2** Ítems no consensuados tras las 2 rondas del estudio Delphi**Bloque I. Impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

La falta de adherencia terapéutica a las pautas generales que se le suelen dar al paciente con DM2 repercute de forma más relevante, desde el punto de vista del médico: En un mayor número de consultas médicas y/o de enfermería  
 El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 lo tiene en cuenta: El médico especialista  
 El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 lo tiene en cuenta: La administración sanitaria  
 El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 lo tiene en cuenta: El colectivo de pacientes  
 La falta de adherencia terapéutica en DM2 tiene peores consecuencias para la salud del paciente: En mayores de 90  
 En atención primaria se dispone de los recursos necesarios para valorar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico  
 El médico transmite adecuadamente al paciente la importancia de la adherencia terapéutica  
 El abordaje de la adherencia terapéutica en DM2 es más complejo y demanda más recursos que otras patologías crónicas

**Bloque II. Causas principales de incumplimiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

Los factores predictores de no adherencia en DM2 son falta de confianza en la acción del medicamento  
 El médico suele trabajar la motivación del paciente para aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y a un estilo de vida saludable

**Bloque III. Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con diabetes mellitus tipo 2**

Los pacientes con DM2 que muestran un mayor cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas son: Los menores de 55 años  
 Los pacientes con DM2 que muestran un mayor cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas son: Los de entre 55 y 60 años  
 Los pacientes con DM2 que muestran un mayor cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas son: Los de entre 75 y 90 años  
 Los pacientes con DM2 que muestran un mayor cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas son: Los mayores de 90 años  
 El método más utilizado para medir el cumplimiento farmacológico en DM2 es: El test de Haynes-Sackett  
 El método más utilizado para medir el cumplimiento farmacológico en DM2 es: El recuento de la medicación  
 El mejor cuestionario para identificar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es: El de Morisky-Green de 8 ítems  
 Es necesario desarrollar un test específicamente diseñado para medir el grado de adherencia terapéutica en la DM2

**Bloque IV. Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2**

Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la DM2 suelen estar a cargo del: Farmacéutico  
 Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la DM2 suelen estar a cargo de: Personal externo con una correcta formación y en coordinación con el equipo médico  
 Por parte del médico, la estrategia más adecuada para lograr una correcta adherencia terapéutica es: Disponer de recursos adicionales externos a la consulta

En línea con los estudios publicados, destaca con altos porcentajes de acuerdo que el cumplimiento terapéutico puede incrementarse con el establecimiento de una adecuada relación profesional sanitario-paciente, la importancia del papel conjunto entre el médico/enfermera y el cuidador principal del enfermo, la necesidad de contar con fármacos que se toleren mejor, y que el paciente disponga de suficiente información sobre la enfermedad, entre otros<sup>31-33</sup>.

La educación del paciente es un factor clave que debe ser combinada con intervenciones motivacionales centradas en producir cambios significativos en el comportamiento del paciente con relación a su enfermedad y su tratamiento<sup>34,35</sup>. Sin embargo, los resultados del consenso muestran que los profesionales sanitarios no suelen disponer de tiempo suficiente en sus consultas para trabajar estos aspectos. Facilitar asesoramiento por parte de una enfermera, fomentar el papel activo del farmacéutico, proporcionar al paciente materiales educativos, estrategias para favorecer el autocontrol del paciente y herramientas que ayuden a disminuir el número de olvidos, como mensajes de texto, recordatorios en los móviles o programas a través de un contact center para apoyar al paciente bajo la supervisión

del personal sanitario, han demostrado ser eficaces para mejorar la adherencia terapéutica<sup>36-40</sup>.

Finalmente, en el último bloque se sometieron a consenso distintas intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento terapéutico. Se deberían tener en cuenta todas las variables anteriormente citadas desde un enfoque integral y multifactorial para proporcionar un mejor control de la enfermedad<sup>26,41,42</sup>. En este sentido, es destacable que la formación actual de los profesionales sanitarios sobre el abordaje de la adherencia terapéutica es insuficiente, por lo que un primer paso necesario para establecer intervenciones de mejora debería ser incrementar y fortalecer el conocimiento sobre este problema.

El presente estudio trata de hacer una aproximación al análisis del impacto y a las causas de la falta de adherencia terapéutica en los pacientes con DM2. El diseño del presente trabajo presenta algunas limitaciones características del método empleado, como la dificultad para matizar las valoraciones personales de los panelistas, influencias del comité científico posiblemente presentes en la selección de expertos que respondió al consenso y en la discusión de resultados. No obstante, entre las fortalezas destaca la

cantidad y el grado de experiencia de los participantes en el estudio y su distribución territorial.

De los resultados del estudio destaca que, según la opinión de los expertos consultados, una buena formación, disponer de tiempo en la consulta, el compromiso y la coordinación de todo el personal implicado, una buena relación médico-paciente y el apoyo del entorno cercano del paciente son elementos clave detectados para identificar un problema de falta de adherencia e intervenir adecuadamente.

### Lo conocido sobre el tema

- En los países desarrollados la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas se encuentra en torno al 50%. La adecuada adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es fundamental para lograr alcanzar los objetivos terapéuticos y prevenir la aparición de complicaciones.
- En el caso concreto de la DM2, la falta de adherencia es, junto con la falta de intensificación del tratamiento o inercia terapéutica, una de las principales causas de mal control metabólico.

### Qué aporta este estudio

Se alcanza un consenso en un amplio grupo de médicos de familia expertos en diabetes sobre los siguientes ítems que definen el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica y las intervenciones que pueden mejorarla:

- La falta de adherencia en los pacientes con DM2 impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida.
- La formación específica de los profesionales sanitarios y disponer de los recursos necesarios en la consulta es esencial para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica.
- Las intervenciones que mejoran la adherencia del paciente con DM2 incluyen trabajar los aspectos motivacionales del paciente, aumentar la educación para la salud, simplificar tratamientos y fomentar el papel activo de los distintos profesionales sanitarios.

### Financiación

Merck Sharp & Dohme (MSD) ha financiado el proyecto sin participar en el diseño, en los análisis de datos ni en la redacción del presente artículo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Alemán Sánchez, José Juan; Alonso Fernández, Margarita; Álvarez Guisasola, Fernando; Angullo Martínez, Escarlata; Argote Atxalandabaso, Jon; Ávila Lachica, Luis; Barquilla García, Alfonso; Barrot de Lapuente, Joan; Bartolomé Resano, Javier; Carramiñana Barrera, Francisco; Carrillo Fernández, Lourdes; Castellano Rodríguez, Antonio; Cebrián Cuenca, Ana María; Cols Sagarra, Celia; Comas Samper, José Manuel; Correa de la Calle, Julián; Cos Claramunt, Xavier; De la Sen Fernández, Carlos; Diez Espino, Javier; Escalera de Andrés, Carmen; Escribano Serrano, José; Fransi Galiana, Luis; Freire Pérez, Alberto; Frías Vargas, Manuel de Jesús; Gamarra Ortiz, Javier; García Gallego, Francisco; García Giralda, Luis; Homedes Celma, Laia; Hormigo Pozo, Antonio; Huidobro Dosal, Carmen; Iglesias González, Rosario; Igual Fraile, Dimas; Jodar Gimeno, Esteban; López Simarro, Flora; Malo García, Fernando; Mancera Romero, José; Martín Manzano, José Luis; Martínez Candela, Juan; Martínez González, Mercedes; Martínez Peña, Elena; Mendo Giner, Luis; Millaruelo, José Manuel; Miravet Jiménez, Sonia; Morales Escobar, Francisco Jesús; Navarro Pérez, Jorge; Ortega Millán, Carlos; Ortega Rios, Javier; Otzet Gramunt, Isabel; Pérez Unanua, María Paz; Rocha Vega, Eusebio; Rodríguez-Rieiro, Cristina; Roura Olmeda, Pilar; Ruiz Quintero, Manuel; Sánchez Cabrero, Lucio; Sangros González, Javier; Seguí Díaz, Mateu; Soriano Llorca, Trinidad; Torres Baile, José Luis; Tranche Iparraguirre, Salvador

### Anexo.

[Tabla A.1](#)

[Tabla A.2](#)

[Tabla A.3](#)

[Tabla A.4](#)

**Tabla A.1** Resultados descriptivos de las respuestas del panel de expertos a los ítems del bloque 1: Impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Bloque I: Impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
<i>La falta de adherencia terapéutica a las pautas generales que se le suelen dar al paciente con DM2 repercute de forma más relevante, desde el punto de vista del médico:</i>				
Al reducir la posibilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos	8,09	8 (1)	3,45	Acuerdo
En la disminución de la calidad de vida del paciente	7,59	8 (1)	9,80	Acuerdo
En el incremento de la morbilidad	7,71	8 (1)	6,90	Acuerdo
En un mayor número de hospitalizaciones y urgencias	7,55	7,5 (1)	6,90	Acuerdo
En el mayor coste sanitario	7,74	8 (2)	8,62	Acuerdo
En un mayor número de consultas médicas y/o de enfermería	5,78	7 (3)	47,06	No consenso
<i>El impacto de la falta de «adherencia terapéutica» en pacientes con DM2 lo tiene en cuenta:</i>				
El médico de atención primaria	7,02	7 (2)	27,59	Acuerdo
El personal de enfermería y los educadores en diabetes	6,76	7 (0)	21,57	Acuerdo
La industria farmacéutica	7,08	7 (1)	19,61	Acuerdo
El médico especialista	4,10	3 (3)	41,18	No consenso
La administración sanitaria	4,94	6 (4)	82,35	No consenso
El colectivo de pacientes	6,51	7 (3)	35,29	No consenso
<i>La falta de adherencia terapéutica en DM2 tiene peores consecuencias para la salud del paciente:</i>				
En menores de 55 años	7,50	8 (2)	17,24	Acuerdo
De entre 55 y 60 años	7,17	7 (1)	18,97	Acuerdo
De entre 60 y 75 años	6,86	7 (2)	27,59	Acuerdo
De entre 75 y 90 años	6,84	7 (0)	19,61	Acuerdo
En mayores de 90 años	6,37	7 (3)	33,33	No consenso
En todos los grupos de edad	6,36	7 (1,5)	32,76	Acuerdo
La falta de adherencia terapéutica a la medicación prescrita puede ocasionar que el médico valore inadecuadamente la efectividad real de esa medicación	8,33	8 (1)	0,00	Acuerdo
Un paciente con DM2 con buena adherencia al tratamiento farmacológico es más probable que cumpla con índices similares de adherencia el resto de las indicaciones y ajustes del estilo de vida prescrito	7,16	8 (1)	18,97	Acuerdo
Las terapias combinadas para el paciente diabético pueden redundar en una mayor adherencia terapéutica a la prescripción	7,97	8 (1)	5,17	Acuerdo
La falta de adherencia terapéutica inducirá al mayor consumo de fármacos al añadir otros adicionales para alcanzar los objetivos de control de la DM2	7,34	8 (1)	18,97	Acuerdo
La falta de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos aumenta el coste sanitario global por todas las vías	7,76	8 (1)	5,17	Acuerdo
En atención primaria se dispone de los recursos necesarios para valorar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico	4,75	4 (4)	72,55	No consenso
El médico transmite adecuadamente al paciente la importancia de la adherencia terapéutica	5,82	6 (2)	66,67	No consenso
El abordaje de la adherencia terapéutica en DM2 es más complejo y demanda más recursos que otras patologías crónicas	5,80	6 (2)	54,90	No consenso



**Tabla A.2** Resultados descriptivos de las respuestas del panel de expertos a los ítems del bloque 2: Causas principales de incumplimiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Bloque II. Causas principales de incumplimiento en los pacientes con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
<i>Los factores predictores de no adherencia en DM2 son:</i>				
Olvidos por falta de rutinas	7,07	7 (1)	17,24	Acuerdo
Falta de conocimiento o información sobre el tratamiento	7,22	7 (1)	15,52	Acuerdo
Falta de conocimiento o información sobre la enfermedad	7,40	7,5 (1)	10,34	Acuerdo
Falta de conocimiento o información sobre las recomendaciones de autogestión de la enfermedad	7,40	8 (1)	17,24	Acuerdo
Falta de confianza en la utilidad de incorporar o no cambios en el estilo de vida propios de un paciente con DM2	6,60	7 (2)	32,76	Acuerdo
Carecer de un adecuado apoyo social	6,72	7 (2)	29,31	Acuerdo
Ausencia o remisión de los síntomas	7,40	8 (1)	15,52	Acuerdo
Comorbilidad con depresión	7,33	8 (1)	18,97	Acuerdo
Deterioro cognitivo	7,47	8 (2)	22,41	Acuerdo
Preocupación por los efectos adversos de la medicación	7,07	7 (1)	20,69	Acuerdo
Creencias relacionadas con la enfermedad	7,12	7 (1)	18,97	Acuerdo
Los fármacos con más efectos adversos pueden comprometer la adherencia terapéutica a los mismos	8,16	8 (1)	1,72	Acuerdo
Los efectos sintomáticos de la hipoglucemia contribuyen a una peor adherencia al fármaco cuando el paciente está en terapia combinada de antihiper glucémicos	7,76	8 (2)	12,07	Acuerdo
La negación de enfermedad por parte del paciente puede comprometer la adherencia terapéutica	8,12	8 (1)	3,45	Acuerdo
La buena relación profesional sanitario-paciente favorece una mejor adherencia al tratamiento farmacológico	8,14	8 (1)	1,72	Acuerdo
Un bajo nivel de educación sanitaria repercute de manera negativa sobre la adherencia terapéutica	7,60	8 (1)	8,62	Acuerdo
Aunque la educación sanitaria es un aspecto importante para que el paciente pueda autogestionar su enfermedad, en la práctica clínica no recibe la suficiente atención	7,45	8 (1)	8,62	Acuerdo
Los pacientes diabéticos tipo 2 en riesgo de exclusión social tienen un mayor riesgo de tener falta de adherencia terapéutica	8,09	8 (1)	6,90	Acuerdo
No disponer de un adecuado apoyo social tiene un alto impacto en la adherencia terapéutica del paciente diabético	7,53	8 (1)	12,07	Acuerdo
El papel del cuidador y su participación activa, junto con el médico encargado del tratamiento de la diabetes tipo 2, es de gran importancia para mejorar la adherencia terapéutica	8,24	8 (1)	0,00	Acuerdo
Los altos costes de los fármacos pueden comprometer el grado óptimo de adherencia a los mismos	7,00	7 (1,5)	24,14	Acuerdo
El analfabetismo funcional condiciona seriamente la adherencia terapéutica y aumenta el riesgo de errores	7,78	8 (2)	12,07	Acuerdo
Falta de confianza en la acción del medicamento	6,27	7 (1)	33,33	No consenso
El médico suele trabajar la motivación del paciente para aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y a un estilo de vida saludable	4,63	4 (3)	70,59	No consenso

**Tabla A.3** Resultados descriptivos de las respuestas del panel de expertos a los ítems del bloque 3: Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Bloque III. Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
<i>Se considera que un paciente es adherente al tratamiento para la DM2 cuando:</i>				
Presenta una tasa del 80-120% de cumplimiento del tratamiento farmacológico	6,90	7 (1)	22,41	Acuerdo
Presenta una tasa del 80-120% de cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad	7,74	8 (2)	15,52	Acuerdo
La mayoría de los pacientes con DM2 no presenta una adecuada adherencia terapéutica general a las pautas recibidas por los profesionales sanitarios	6,35	7 (1)	29,41	Acuerdo
Presenta una tasa del 75-50% de cumplimiento del tratamiento farmacológico	2,95	3 (1,5)	24,14	Desacuerdo
Presenta una tasa del 75-50% de cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio y autogestión de la enfermedad	3,37	3 (0)	21,57	Desacuerdo
<i>Los pacientes con DM2 que muestran un mayor cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas son:</i>				
Los menores de 55 años	5,16	5 (4)	86,27	No consenso
Los de entre 55 y 60 años	5,65	6 (2)	47,06	No consenso
Los de entre 60 y 75 años	6,59	7 (1)	32,76	Acuerdo
Los de entre 75 y 90 años	6,25	7 (2)	43,14	No consenso
Los mayores de 90 años	5,27	5 (1)	35,29	No consenso
Cuando un paciente mal controlado presenta una buena adherencia a la medicación, el problema es la falta de intensificación del tratamiento	6,86	7 (2)	25,86	Acuerdo
Antes de añadir un nuevo fármaco o ascender en la escala terapéutica en un paciente con DM2 con mal control, siempre es necesario valorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico	8,41	9 (1)	0,00	Acuerdo
Está presente por igual en todos los grupos de edad	3,73	3 (2)	27,45	Desacuerdo
<i>En los pacientes con DM2 debe hacerse la medición periódica de la adherencia terapéutica:</i>				
General (incluye el cumplimiento de todas las pautas de conducta y de prescripción farmacológica)	7,98	8 (0)	3,45	Acuerdo
Solo la relacionada con la prescripción farmacológica pautada	3,59	3 (0)	19,61	Desacuerdo
En la práctica clínica es habitual utilizar cuestionarios estandarizados para el diagnóstico de la falta de adherencia terapéutica	3,35	3 (2)	27,45	Desacuerdo
<i>El método más utilizado para medir el cumplimiento farmacológico en DM2 es:</i>				
El test de Morisky-Green	6,49	7 (1)	25,49	Acuerdo
El control de dispensación en las farmacias (conexión electrónica remota)	6,33	7 (2)	27,45	Acuerdo
La monitorización electrónica a través de la receta electrónica	6,51	7 (1)	25,49	Acuerdo
La evaluación del resultado terapéutico	6,39	7 (1)	31,37	Acuerdo
Preguntar al paciente	7,06	7 (0)	15,69	Acuerdo
El test de Haynes-Sackett	5,61	5 (2)	62,75	No consenso
El recuento de la medicación	5,08	6 (4)	84,31	No consenso
El método más eficaz para medir la adherencia al tratamiento farmacológico es el recuento de comprimidos	7,06	8 (2)	29,41	Acuerdo

**Tabla A.3** (continuación)

Bloque III. Diagnóstico de la falta de adherencia y de sus posibles causas en el paciente individual con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
La receta electrónica facilita la identificación de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico	7,41	8 (1)	15,52	Acuerdo
El mejor cuestionario para identificar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es el de Morisky-Green de 4 ítems	6,59	7 (0)	21,57	Acuerdo
Si un paciente no reconoce falta de adherencia en el test de Haynes-Sackett, se debe aplicar un segundo método diagnóstico	6,55	7 (2)	25,49	Acuerdo
El Haynes-Sackett es un test con buena especificidad (pocos falsos positivos) y mala sensibilidad (muchos falsos negativos)	6,39	7 (2)	29,41	Acuerdo
Explorar las creencias del paciente sobre la diabetes y sus causas puede ayudar a identificar el motivo de la falta de adherencia terapéutica	8,02	8 (1)	3,45	Acuerdo
La falta de asistencia a las citas médicas programadas es un elemento asociado a la falta de adherencia terapéutica	7,74	8 (1)	3,45	Acuerdo
El criterio clínico del médico suele ser suficiente para identificar al paciente con falta de adherencia terapéutica	3,71	3 (0)	23,53	Desacuerdo
La información facilitada por el propio paciente suele ser suficiente para identificar la falta de adherencia terapéutica	3,75	3 (1)	25,49	Desacuerdo
El mejor cuestionario para identificar la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es el de Morisky-Green de 8 ítems	5,73	6 (2)	31,37	No consenso
Es necesario desarrollar un test específicamente diseñado para medir el grado de adherencia terapéutica en la DM2	6,35	7 (3)	39,22	No consenso
<i>El diagnóstico de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico debe hacerlo:</i>				
El médico	7,04	7 (1)	15,69	Acuerdo
La enfermera	6,62	7 (3)	27,59	Acuerdo
El médico o la enfermera indistintamente	7,98	8 (1)	6,90	Acuerdo
El diagnóstico de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico también puede realizarlo el farmacéutico	6,98	7 (0)	15,69	Acuerdo

**Tabla A.4** Resultados descriptivos de las respuestas del panel de expertos a los ítems del bloque 4: Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Bloque IV. Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
<i>Las intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en la DM2 suelen estar a cargo de:</i>				
Médicos de atención primaria	7,59	8 (2)	15,52	Acuerdo
Equipo de enfermería y educadores en diabetes	7,62	8 (2)	10,34	Acuerdo
Médicos de atención especializada	3,63	3 (2)	27,45	Desacuerdo
Farmacéutico	5,57	7 (3)	49,02	No consenso
Personal externo con una correcta formación y en coordinación con el equipo médico	4,27	3 (4)	41,18	No consenso

Tabla A.4 (continuación)

Bloque IV. Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
<i>Un factor importante para lograr una mejor adherencia terapéutica general en los pacientes con DM2 es:</i>				
Disponer de una adecuada información sobre la enfermedad	8,07	8 (2)	5,17	Acuerdo
Disponer de una adecuada información sobre el tratamiento	8,10	8 (1,5)	1,72	Acuerdo
Tener educación sanitaria específica sobre la importancia de la adherencia terapéutica	7,81	8 (2)	8,62	Acuerdo
La relación personal con el médico y confianza en el mismo	8,26	8 (1)	3,45	Acuerdo
La relación personal con el enfermero y confianza en el mismo	8,00	8 (2)	3,45	Acuerdo
La relación personal con el farmacéutico y confianza en el mismo	6,55	7 (1)	27,45	Acuerdo
La toma de decisiones compartidas entre profesional sanitario-paciente con diabetes mejora la adherencia	8,43	9 (1)	0,00	Acuerdo
Hacer que el paciente participe en la monitorización de su enfermedad mejora la adherencia terapéutica	8,00	8 (1)	5,17	Acuerdo
El ajuste de las tomas de la medicación a determinadas rutinas de la vida diaria (al levantarse, acostarse, las comidas) contribuye a que el paciente siga el tratamiento farmacológico	8,05	8 (1)	1,72	Acuerdo
<i>La simplificación de los tratamientos que más impacto tienen en la mejora de la adherencia farmacológica son:</i>				
Los cambios en la pauta de dosificación. Menos veces al día frente a más veces al día	8,28	8 (1)	1,72	Acuerdo
El uso de terapias combinadas en un solo comprimido frente a fármacos por separado	8,29	8 (1)	1,72	Acuerdo
La de evitar dosificaciones incómodas, tales como la partición en medios o en cuartos de los comprimidos	7,84	8 (2)	8,62	Acuerdo
Para fomentar la autogestión de la enfermedad es vital facilitar al paciente materiales que le permitan registrar parámetros relacionados con la DM2 (por ejemplo, toma de la medicación, dieta, ejercicio diario realizado, controles de glucemia)	7,22	7 (1)	18,97	Acuerdo
El que los profesionales sanitarios entreguen al paciente un informe detallado sobre su medicación en el que se incluyan horarios de la toma y otras conductas asociadas a la vida sana del diabético puede optimizar el grado de adherencia al tratamiento	7,66	8 (1)	5,17	Acuerdo
Hacer preguntas sobre la presencia de efectos adversos producidos por los fármacos mejora la adherencia	7,41	8 (1)	12,07	Acuerdo
Una segmentación de pacientes en función del grado de adherencia ayuda a poner en práctica estrategias específicas para mejorar la misma en cada grupo de pacientes	7,10	7 (2)	29,31	Acuerdo
<i>Por parte del médico, la estrategia más adecuada para lograr una correcta adherencia terapéutica es:</i>				
El número adecuado de citas de control médico	6,92	7 (0)	19,61	Acuerdo
El tiempo dedicado a cada visita	7,60	8 (1)	12,07	Acuerdo
La exploración específica sobre el perfil cumplidor o no del paciente	7,60	8 (1)	10,34	Acuerdo
Disponer de herramientas y materiales específicos para trabajar con el paciente	7,55	8 (1)	13,79	Acuerdo
Disponer de recursos adicionales externos a la consulta	6,94	7 (2)	37,25	No consenso

Tabla A.4 (continuación)

Bloque IV. Definir las mejores intervenciones y el papel de los distintos roles implicados en la mejora de la adherencia en el paciente con DM2	Media	Mediana (RI)	Panelistas que votaron fuera de la mediana (%)	Valoración final
Hay que detenerse a explicar claramente, en un lenguaje que el paciente comprenda, los términos médicos que puedan resultar más complicados	8,09	8 (1,5)	1,72	Acuerdo
Para mejorar la adherencia terapéutica es muy importante comprobar con el paciente el grado de comprensión de los mensajes que se le han dado	8,34	9 (1)	0,00	Acuerdo
La entrevista motivacional es una excelente herramienta para la mejora de la adherencia	8,10	8 (2)	3,45	Acuerdo
Es importante explicar la realidad de la enfermedad para así desmontar mitos y modificar las creencias erróneas del paciente	8,14	8 (1)	1,72	Acuerdo
El uso de recompensas (reconocimiento y refuerzo por parte de familiares y amigos) es una buena herramienta que ayuda al seguimiento del tratamiento	7,38	8 (1)	17,24	Acuerdo
La búsqueda de apoyo en amigos y familiares contribuye de forma importante al seguimiento del tratamiento	7,43	7 (1)	15,52	Acuerdo
La preparación de pastilleros personalizados por parte de la farmacia comunitaria es una buena herramienta para lograr el seguimiento del tratamiento	7,69	8 (1)	8,62	Acuerdo
Aconsejar el uso de recordatorios escritos en lugares visibles para el paciente puede mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico	7,43	7 (1)	17,24	Acuerdo
Las intervenciones basadas en mensajes de texto a teléfonos móviles o intervenciones similares mejoran la adherencia al tratamiento farmacológico	7,02	7 (2)	29,31	Acuerdo
La instalación de sistemas de alertas que informen a los profesionales sanitarios de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la historia clínica informática es necesaria para la inclusión de estrategias para mejorarla	7,55	8 (1)	12,07	Acuerdo
Facilitar a los pacientes el acceso a páginas web con información fiable sobre la diabetes y el tratamiento puede ayudar a la mejora de la adherencia terapéutica en general	7,08	7 (0)	9,80	Acuerdo
Las intervenciones telefónicas realizadas por profesionales sanitarios fomentan la autogestión de la enfermedad	7,16	7 (1)	12,07	Acuerdo
Los grupos de apoyo coordinados por profesionales sanitarios favorecen la adaptación del paciente a su enfermedad y al tratamiento	7,60	8 (1)	5,17	Acuerdo
El programa «Paciente Experto» puede ser de utilidad para mejorar el afrontamiento de la enfermedad y el aprendizaje de estilos de vida saludables, repercutiendo sobre la adherencia terapéutica	7,62	8 (1)	10,34	Acuerdo
Que el médico disponga de reportes informatizados con información proporcionada por el paciente (toma de la medicación, controles de glucemia, ejercicio, dieta, etc.	7,47	8 (1)	13,79	Acuerdo
La formación actual de los profesionales sanitarios sobre adherencia terapéutica es insuficiente y fortalecerla sería una herramienta eficaz para abordar el problema de la no adherencia	7,74	8 (2)	10,34	Acuerdo
Con frecuencia el médico no dedica el tiempo suficiente para realizar entrevistas motivacionales al paciente	7,86	8 (2)	10,34	Acuerdo

## Bibliografía

- World Health Organization. Diabetes Fact sheet No. 312. Updated March 2013 [consultado 18 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88–93.
- Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:15–24.
- Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López-González AA. Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:447–55.
- Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp*. 2014;214:336–44.
- López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:377–84.
- González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauredó G, Gambús G, Grupo de investigadores del Estudio INERCIA. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Estudio INERCIA. *Med Clin (Barc)*. 2014;142:478–84.
- Márquez Contreras E, Martell Claros N, Gil Guillen V, Casado Martínez JJ, Martín de Pablos JL, Ferraro García J, et al. El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: estudio CUMINDIAB. *Aten Primaria*. 2012;44:74–81.
- Carratalá-Munuera MC, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltrán D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Álvarez-Guisasola F, et al. Barriers associated with poor control in Spanish diabetic patients. A consensus study. *Int J Clin Pract*. 2013;67:888–94.
- The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual | RAND. [consultado 8 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269.html](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html)
- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycaemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care*. 2012;35:774–9.
- García-Pérez LE, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013;4:175–94.
- Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Healthcare Institute; 2009 [consultado 18 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.nehi.net/uploads/full\\_report/pa\\_issue\\_brief\\_final.pdf](http://www.nehi.net/uploads/full_report/pa_issue_brief_final.pdf)
- Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. NFAC Información Farmacoterapéutica de la Comarca. 2011;19:5.
- Paz S, González Segura D, Raya Torres A, Lizán L. Principales factores asociados al coste de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de la literatura. *Av Diabetol*. 2014;30:34–44.
- Torres IV, Donlo IC. Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria. *Med Clin (Barc)*. 2013;141 Suppl 2:3–6.
- Grant R, Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Soumerai SB, et al. Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*. 2007;30:807–12.
- Schmittziel JA, Uratsu CS, Karter AJ, Heisler M, Subramanian U, Mangione CM, et al. Why don't diabetes patients achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. *J Gen Intern Med*. 2008;23:588–94.
- Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010 [consultado 18 Nov 2014]. Disponible en: [http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera\\_de\\_Servicios\\_de\\_Atencion Primaria 2010.pdf](http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria 2010.pdf)
- Isla P, Castella E, Insa R, López C, Icart T, Blanco M, et al. Proporción de carga asistencial generada por la Diabetes Mellitus en las consultas de enfermería de Atención Primaria de Salud. *Endocrinol Nutr*. 2007;54:54, 7.
- Conthe P, Márquez-Contreras E. Documento de consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. MSD; 2012 [consultado 18 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/documento\\_consenso\\_2.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/documento_consenso_2.pdf)
- Márquez Contreras E. Evaluación práctica del incumplimiento. Hipertensión. 2008;25:8.
- De la Figuera M. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico en la diabetes tipo 2. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2012;29 Supl 1:5.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:413–8.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Ginebra: WHO; 2003 [consultado 18 Nov 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
- Horton E, Cefalu WT, Haines ST, Siminerio LM. Multidisciplinary interventions: Mapping new horizons in diabetes care. *Diabetes Educ*. 2008;34 Suppl 4:785–895.
- Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract*. 2005;6:20.
- Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;25:495–502.
- González JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31:2398–403.
- Fain JA, Nettles A, Funnell MM, Charron D. Diabetes patient education research: An integrative literature review. *Diabetes Educ*. 1999;25 6 Suppl:7–15.
- Al Hayek AA, Robert AA, al Dawish MA, Zamzami MM, Sam AE, Alzaid AA. Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in type 2 diabetes. *J Family Community Med*. 2013;20:77–82.
- Debusche X. Is adherence a relevant issue in the self-management education of diabetes? A mixed narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2014;7:357–67.
- Alcantarilla Roura D, Güell Figa E, Bello Mayoraz J. La comunicación con el paciente y la adherencia al tratamiento. *FMC*. 2014;21:2.
- Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: State of the science. *Diabetes Educ*. 1999;25 6 Suppl:52–61.

36. Vermeire E, Wens J, van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;2: CD003638.
37. Van Dam HA, van der Horst FG, Knoops L, Ryckman RM, Crebolder HF, van den Borne BH. Social support in diabetes: A systematic review of controlled intervention studies. *Patient Educ Couns.* 2005;59:1–12.
38. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;2:CD000011.
39. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. *Arch Intern Med.* 2007;167:540–50.
40. Servicio Madrileño de Salud. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. *Notas Farmacoterapéuticas.* 2006;13:7.
41. Magkos F, Yannakoulia M, Chan JL, Mantzoros CS. Management of the metabolic syndrome and type 2 diabetes through lifestyle modification. *Ann Rev Nutr.* 2009;29:223–56.
42. Newman S, Steed E, Mulligan K. *Chronic Physical Illness: Self-Management And Behavioural Interventions.* Glasgow: McGraw-Hill International; 2009.