

**Departament de Medicina.Universitat Autònoma de Barcelona.**

**Autora:** Lorena Leal Canosa. Licenciada en Medicina. Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

**Título:**

Adherencia al tratamiento de la psoriasis en pacientes Españoles.

Adherència al tractament de la psoriasi en malalts espanyols.

Adherence to treatment in Spanish patients with psoriasis.

**Director del trabajo de investigación:** Miquel Ribera Pibernat. Profesor Asociado de Dermatología del Departamento de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, Unidad Docente del Hospital Parc Taulí de Sabadell.

**Trabajo de investigación para la obtención de la suficiencia investigadora.**

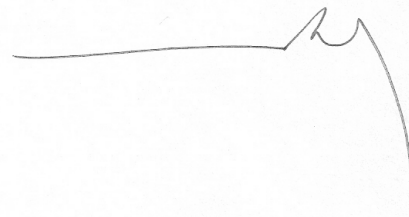
**Año de elaboración:** Curso 2011-2012. Convocatoria de septiembre.

**Annex 1****CERTIFICAT DEL DIRECTOR DEL TREBALL DE RECERCA**

En Miquel Ribera Pibernat, Professor Associat de Dermatologia del Departament de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, Unitat Docent del Parc Taulí de Sabadell. Dermatòleg Consultor Senior del Servei de Dermatologia del Hospital de Sabadell – Corporació Sanitària i Universitària del Parc Taulí.

FA CONSTAR,

que el treball titulat "Adherencia al tratamiento de la psoriasis en pacientes españoles" ha estat realitzat sota la meua direcció per la llicenciada Lorena Leal Canosa, trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball d'investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat en Medicina Interna/Diagnòstic per la Imatge (curs 2011-2012), a la convocatòria de setembre.



Barcelona, dos de setembre de dos mil dotze.

**ÍNDICE**

Anexo 1 .	2
Índice .	3
Resumen .	4
Introducción .	5
Objetivos .	5
Pacientes y métodos .	6
Diseño del estudio .	6
Variables del estudio .	6
Análisis estadístico .	6
Resultados .	7
Discusión .	9
Conclusiones .	12
Tablas .	13
Tabla 1 .	13
Tabla 2 .	14
Tabla 3 .	15
Tabla 4 .	16
Tabla 5 .	17
Bibliografía .	18

## **RESUMEN**

### **Introducción y objetivos**

La baja adherencia al tratamiento es un problema arraigado en el día a día de la consulta dermatológica, especialmente en las enfermedades crónicas como la psoriasis y más aún cuando el tratamiento prescrito es de aplicación tópica.

Se realizó una encuesta on-line a pacientes para conocer datos reales de cumplimiento y su relación con la calidad de vida, la afectación psicológica, la gravedad clínica, la relación médico-paciente y el tipo de tratamiento.

### **Método**

Estudio transversal mediante encuesta on-line a pacientes con psoriasis. La encuesta constaba de 75 preguntas distribuidas en 5 secciones: variables sociodemográficas, variables clínicas, evaluación de la afectación psicológica, evaluación del cumplimiento terapéutico y evaluación de la calidad de vida.

### **Resultados**

Según la información aportada por los 679 pacientes encuestados, el cumplimiento terapéutico fue del 15,17%.

En el estudio bivalente, el cumplimiento no mostró relación estadísticamente significativa con la intensidad de la psoriasis ni con la afectación psicológica o de la calidad de vida. Sin embargo, la relación sí fue estadísticamente significativa con el tratamiento seguido por los pacientes: los que seguían tratamiento tópico fueron peores cumplidores, mientras que los que seguían tratamiento sistémico cumplían mejor el tratamiento. A su vez, los pacientes que eran visitados con mayor frecuencia fueron mejores cumplidores, mientras que no hubo diferencias entre el cumplimiento y la duración de las visitas.

Las tres causas de abandono del tratamiento que los incumplidores valoraron como más relevantes fueron "estoy cansado" (62,7%), "el tratamiento no es eficaz" (54,3%) y "simplemente me olvidó" (51,6%).

### **Conclusiones**

El cumplimiento terapéutico es muy bajo. Las estrategias a seguir para conseguir una mejoría tienen que ver tanto con el médico como con el tratamiento en sí mismo.

## **Introducción**

La adherencia al tratamiento es el grado con que un paciente se ajusta a lo que el médico le ha recomendado, ya sean cambios de dieta o de hábitos, frecuencia de visitas, realización de exploraciones complementarias recomendadas y tratamiento prescrito<sup>1</sup>.

La mayoría de los estudios clínicos que han determinado la adherencia al tratamiento, han hallado que hasta un 55% de los pacientes dermatológicos no siguen correctamente el tratamiento prescrito<sup>2</sup>. Estas tasas de cumplimiento se han obtenido cuando se pregunta directamente al paciente. Sin embargo, cuando se utilizan otros métodos de medición del incumplimiento, el porcentaje es todavía mayor<sup>3</sup>. En este sentido, un estudio que calculó la adherencia a través de una encuesta confidencial a pacientes con psoriasis de 5 países europeos obtuvo un cumplimiento del 27%, sin diferencias significativas entre las distintas nacionalidades<sup>4</sup>.

El objetivo fundamental de la visita médica es que el paciente mejore o se cure, para ello es preciso que cumpla el tratamiento<sup>5</sup>. El incumplimiento se traduce muchas veces en un fracaso terapéutico que puede comportar la prescripción de dosis más elevadas, el cambio de tratamiento, la adición de nuevos fármacos y un aumento innecesario de la reiteración de la visitas<sup>6</sup>. Este hecho implica un aumento del gasto sanitario o que a pesar del gasto en el que se incurre no se consigan plenamente los objetivos terapéuticos<sup>7,8</sup>.

En la mayoría de las enfermedades crónicas, y la psoriasis es un claro ejemplo, se presentan problemas de incumplimiento terapéutico<sup>9</sup>, que aumentan drásticamente cuando el tratamiento se prolonga más allá de los 6 meses<sup>10</sup>.

A pesar del elevado número de pacientes con enfermedades dermatológicas crónicas, son pocos los datos publicados sobre cumplimiento en dermatología<sup>11</sup>. De hecho, al comparar el número de publicaciones en revistas dermatológicas sobre cumplimiento terapéutico con los de otras áreas médicas, como la diabetes o las enfermedades infecciosas, en las primeras el tema se trata con mucha menor frecuencia<sup>12</sup>. Por este motivo nos planteamos evaluar el cumplimiento terapéutico en pacientes españoles con psoriasis y analizar los motivos que llevan a una adherencia baja para sentar las bases de las posibles soluciones.

## **Objetivos**

El objetivo principal del estudio fue conocer el cumplimiento terapéutico en el paciente con psoriasis Español.

Los objetivos secundarios fueron relacionar la adherencia con distintas variables: características epidemiológicas, gravedad de la psoriasis, tipo de tratamiento (tópico, sistémico), forma farmacéutica utilizada para el tratamiento tópico, frecuencia y duración de las visitas al médico, calidad de vida y afectación psicológica. También se estudiaron las principales causas del incumplimiento.

## **Pacientes y métodos**

### **Diseño del estudio**

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico de corte transversal mediante un cuestionario autoadministrado a los pacientes registrados en la base de datos de la asociación española de pacientes con psoriasis "Acción Psoriasis". Se envió un correo electrónico a todos ellos (n: 8023) invitándoles a cumplimentar el cuestionario. Se consideraron para el análisis las encuestas contestadas en un período de 30 días entre junio y julio de 2010.

### **Variables del estudio**

En la encuesta se recogieron variables relativas a datos demográficos, información sobre las características de la enfermedad, tiempo desde el diagnóstico, localización de las lesiones e intensidad de la enfermedad. La intensidad de la psoriasis se midió mediante el número de palmas de mano (dato equiparable al 1% de la superficie corporal) que el paciente refiere que ocupan sus placas de psoriasis, porcentaje conocido como *Patient Report of Extent of Psoriasis Involvement* (PREPI)<sup>13</sup>. Asimismo, se preguntó sobre el tratamiento (tipo, posología, excipientes), el especialista que realiza el seguimiento y datos sobre la frecuencia y duración de las visitas. Los encuestados cumplimentaron el cuestionario *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) para valorar la afectación de la calidad de vida<sup>14,15,16</sup>. Se consideró afectación importante de la calidad de vida si la puntuación obtenida era mayor a 10, de un rango de 0 a 30 puntos. Los encuestados también cumplimentaron la escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para determinar la presencia de ansiedad y depresión<sup>17</sup>. En la escala de ansiedad se consideró impacto emocional con puntuaciones de 9 a 11, y caso patológico si era mayor a 11, de un rango de puntuación de 0 a 21. Para depresión se consideró impacto psicológico con puntuaciones de 5 a 7, y caso patológico en caso de puntuación mayor a 7. Finalmente, para evaluar la adherencia al tratamiento se utilizó la escala de cuatro ítems de Morisky-Green<sup>18,19</sup>.

Se completó el cuestionario con una serie de 11 preguntas para detectar los factores que influyen en el incumplimiento terapéutico.

### **Análisis estadístico**

La variable principal del estudio fue el cumplimiento terapéutico medido mediante la escala de Morisky-Green. Se consideró necesaria una muestra de 683 participantes para permitir estimar la proporción de sujetos con cumplimiento terapéutico de 0.20, con una precisión de 0.03 y un nivel de significación de 0.05. Se realizaron análisis descriptivos univariantes para las variables cualitativas y cuantitativas y bivariantes para explorar posibles asociaciones entre variables categóricas (prueba Chi-cuadrado o Fisher). El nivel de significación fue de 0.05 en todas las pruebas realizadas.

El análisis descriptivo de todas las variables recogidas en la encuesta se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS® v. 17.0 para Windows®.

## Resultados

Completaron el cuestionario 679 pacientes (tasa de respuesta del 8,46%). El 52,4% de los encuestados eran hombres y 47,6% mujeres. La edad media de los encuestados fue de 41,9 años (SD 11,728, rango ente 12 y 79 años).

La adherencia al tratamiento fue mala en el 84,8 % de los encuestados.

El porcentaje de pacientes con buena adherencia al tratamiento fue similar entre ambos sexos, hombres (50,5%) y mujeres (49,5%), y la diferencia no fue significativa.

Al separar a los pacientes en grupos según el tipo de tratamiento, eran incumplidores el 88,4% de los que seguían tratamiento tópico, el 70,31% de los que seguían tratamiento sistémico y el 88,7% de los que seguían tratamiento con fototerapia.

Al analizar la relación entre el cumplimiento y el tipo de tratamiento, resultaron ser cumplidores según la escala de Morisky-Green el 11,6% de los pacientes en tratamiento tópico frente al 29,2% de los que no recibían tratamiento tópico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p$ -valor $<0.001$ ) (**Tabla 1**). Por tanto, el tratamiento tópico fue un factor de riesgo para ser mal cumplidor, con una odds ratio de 3.135 y un intervalo de confianza 95% [1.995, 4.929]. Así, la probabilidad de ser mal cumplidor fue 3 veces mayor en los que usan tratamiento tópico frente a los que no lo utilizan.

En el caso del tratamiento sistémico eran cumplidores un 29,6% de los pacientes frente al 8,2% en el grupo que no recibía tratamiento sistémico, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p$ -valor $<0.001$ ) (**Tabla 2**). Al comparar los pacientes con fototerapia y otros tratamientos distintos la asociación con el cumplimiento terapéutico no fue estadísticamente significativa.

El peor cumplimiento en el grupo de pacientes en tratamiento tópico se confirmó también al estudiar el cumplimiento según la forma terapéutica utilizada. Eran incumplidores el 87,3% de los pacientes que utilizaban pomada frente al 81,23% de los que no utilizaban esta forma farmacéutica, independientemente de si estaban haciendo tratamiento o no, y en caso afirmativo, de cuál fuera el tratamiento que estuvieran siguiendo. A su vez, no eran cumplidores el 88,1% de los que utilizaban crema, frente al 82% de los que no utilizaban esta forma farmacéutica. Ambas asociaciones fueron estadísticamente significativas, con  $p$ -valor=0.03 para la pomada y  $p$ -valor=0.029 para crema. También eran peores cumplidores los pacientes que realizaban tratamiento con excipientes menos grasos, como la loción o el gel, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La relación entre el cumplimiento y la frecuencia de las visitas puso de manifiesto que los pacientes que se visitaban con mayor frecuencia eran los mejores cumplidores. Eran cumplidores el 35,5% de los pacientes que eran visitados a intervalos inferiores a los 3 meses, frente al 8% de cumplidores

en el grupo de pacientes que se visitaban con un intervalo superior a los 12 meses. La asociación entre las dos variables fue estadísticamente significativa ( $p$ -valor $<0.001$ ) (**Tabla 3**). Asimismo se valoró el cumplimiento según la duración de las visitas y se observó que en la mayor parte de los casos (55,1%), las visitas duraban entre 5 y 10 minutos y que esta proporción se mantenía tanto en el grupo de los cumplidores (56,3%) como en el de los no cumplidores (54,8%), no siendo la relación entre el cumplimiento y la duración de las visitas estadísticamente significativa.

La relación entre la adherencia y la intensidad de la psoriasis según el porcentaje de la superficie corporal afecta referida por el paciente (PREPI) no fue estadísticamente significativa ( $p$ -valor=0.06). Se declararon cumplidores el 13% de los que tenían hasta el 10% de la superficie corporal afectada, mientras en los que tenían más del 10% de la superficie corporal afectada el porcentaje de cumplidores fue del 18,4% (**Tabla 4**).

Del total de encuestados, 106 (15,6%) obtuvieron una puntuación patológica para ansiedad y 276 (40,6%) fueron patológicos para depresión según la escala HADS. La afectación psicológica no pareció influir en el cumplimiento terapéutico. En el caso de la ansiedad, la proporción de pacientes con valores o puntuaciones patológicas en la escala HADS para ansiedad (puntuación  $>11$ ) fue parecida entre los cumplidores (19,4%) y los no cumplidores (14,9%). Así, la relación entre el cumplimiento terapéutico y la ansiedad no fue estadísticamente significativa. En el caso de la depresión, la proporción de pacientes con puntuaciones patológicas para depresión (puntuación  $>7$ ) fue parecida entre los cumplidores (41,7%) y los no cumplidores (40,4%). Así, la relación entre el cumplimiento terapéutico y la depresión tampoco fue estadísticamente significativa. Respecto a la relación entre el cumplimiento terapéutico y la calidad de vida, no hubo diferencias entre el porcentaje de cumplidores entre los pacientes con afectación grave (14,9%) o no grave (15,3%) de la calidad de vida, por lo que la relación entre las dos variables no fue estadísticamente significativa.

Respecto a las posibles causas de incumplimiento terapéutico, dentro del grupo de incumplidores ( $n=576$ ), los principales motivos del incumplimiento fueron con un 62,7% "estoy cansado de hacer el tratamiento", con un 54,3% "el tratamiento no es eficaz" y con un 51,6% "simplemente me olvidé", entre otros.

A pesar del bajo cumplimiento, los pacientes tienen una opinión globalmente favorable a los tratamientos para la psoriasis a la vista de que el 90% respondieron que lo toleran bien, 82% afirman que recuerdan el nombre del medicamento sin mirarlo, el 69% nunca han tenido que abandonar el tratamiento porque les haya provocado algún efecto secundario y el 61% consideran que el tratamiento es eficaz para ellos. Además, el 44% afirmaron estar bastante o muy satisfechos con el tratamiento. La opinión de los pacientes sobre el médico también es globalmente positiva al afirmar el 59% de los pacientes que les dieron instrucciones por escrito y sólo el 13% que abandonaron el tratamiento por falta de información.



En la **Tabla 5** se reflejan los diferentes motivos para abandonar el tratamiento que refirieron el grupo de encuestados incumplidores.

### **Discusión**

De acuerdo con los resultados obtenidos, la adherencia reportada por los encuestados fue del 15,2%. El resultado fue menor incluso que los publicados previamente en revisiones sobre cumplimiento terapéutico en dermatología<sup>2</sup> e incluso en pacientes con psoriasis<sup>4,20,21,22</sup>, que comparados con pacientes afectos de otras enfermedades cutáneas son los que menor adherencia presentan.

Hay que tener en cuenta que la adherencia es mayor al inicio del tratamiento, especialmente si es una prescripción nueva, y disminuye de forma significativa cuanto mayor es la duración del tratamiento<sup>22</sup>. En la población estudiada el tiempo medio que los individuos realizaron el mismo tratamiento fue de 27.58 meses (mediana de 12 meses). Consideramos que este hecho contribuye a que el cumplimiento sea tan bajo, ya que la mayoría de estudios con los que nos comparamos valoran el cumplimiento poco después del inicio del tratamiento y además con una monitorización directa por parte del facultativo.

Además de ello, en nuestro estudio se preguntaba por las conductas de cumplimiento de los paciente haciendo referencia a todas sus experiencias terapéuticas desde el diagnóstico de la enfermedad, que en la población del estudio fue de media 21,4 años, por lo que lógicamente puede también haber contribuido a que la adherencia resultara menor.

Por otra parte, la valoración del cumplimiento mediante una escala subjetiva está condicionada por la opinión personal de los participantes. Sin embargo, no fue posible introducir otros métodos objetivos de medida del cumplimiento como el contado de las pastillas o el peso de la medicación tópica<sup>23</sup> debido a las características del estudio. El cuestionario de Morisky-Green<sup>18</sup> tiene una baja sensibilidad, es decir, subestima al buen cumplidor y sobrestima el no cumplimiento<sup>24</sup>, factor que también puede haber sobrevalorado el incumplimiento en nuestro estudio.

Respecto a la relación que existe entre cumplimiento terapéutico y el tipo de tratamiento que sigue el paciente, el presente estudio reconfirma la mayor adherencia de los pacientes con psoriasis al tratamiento sistémico que al tópico, como ya ha sido descrito en la literatura<sup>25,26</sup>, ya que la aplicación de los tratamientos tópicos es más incómoda y difícil que simplemente tomarse una pastilla o ponerse una inyección. Los pacientes que utilizan tratamientos tópicos los consideran más intrusivos para su vida y que requieren demasiado tiempo para implementarlos, lo que podría ser la razón para la menor adherencia de estos<sup>6</sup>. Por ello es de especial relevancia consensuar con el paciente el vehículo, buscar tratamientos más cosméticos y que precisen menor tiempo de aplicación, así como reducir el número de aplicaciones necesarias, a ser posible a una única aplicación diaria.

Otro hallazgo relevante fue que hubo diferencias estadísticamente significativas entre cumplimiento y relación médico-paciente. Esta relación ya había sido detectada por

estudios previos publicados que relacionaron el cumplimiento con una relación médico-paciente positiva<sup>27</sup>. Sin embargo, nosotros demostramos que es la frecuencia y no la duración de las visitas la que se relaciona con una mayor adherencia. El término adherencia de bata blanca ("white coat compliance") se ha utilizado para describir la tendencia de los pacientes a aumentar la adherencia al acercarse la fecha de la visita al médico<sup>28,29</sup>. Una intervención sencilla para aumentar el cumplimiento es citar a los pacientes para una visita de control poco después de empezar un tratamiento. Otro tipo de contacto, como la llamada telefónica o el e-mail, puede ser útil para mantener una adherencia inicial buena que asegure una eficacia inicial óptima que anime a los pacientes a continuar el tratamiento<sup>30</sup>.

En el presente estudio no se hallaron diferencias entre el cumplimiento terapéutico y la afectación psicológica o de la calidad de vida. Las variables demográficas (edad, sexo) y la gravedad de la enfermedad tampoco demostraron ser relevantes desde el punto de vista del cumplimiento. En la literatura, estas variables también han demostrado tener un valor variable, menor o ser independientes del cumplimiento<sup>2,22,31</sup>.

El impacto psicosocial de la psoriasis en los pacientes puede ser profundo y puede provocar estigmatización, aislamiento social y discriminación. Finlay y Coles<sup>32</sup> encontraron que el 84% de los pacientes con psoriasis expresaba dificultades para el establecimiento de relaciones y contactos sociales y declaraban que éste era el peor aspecto de su psoriasis. En este sentido, llamaba la atención la alta prevalencia de depresión entre los pacientes que participaron en la encuesta (40,6%) respecto a la población general. Los estudios clínicos reportan una prevalencia de depresión en pacientes con psoriasis que va desde el 10%<sup>33</sup> al 62%<sup>34</sup>, según los estudios. Este rango tan amplio es probablemente secundario a diferencias en la medición clínica de depresión, así como diferencias entre las poblaciones que se toman como referencia, como puede ser el comparar pacientes ingresados respecto a pacientes en régimen ambulatorio. Sin embargo, la mayor parte de los estudios coinciden al afirmar que el riesgo de depresión y el riesgo suicida es mayor que en la población general<sup>35,36</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado en la literatura datos hasta la fecha sobre la prevalencia de depresión en la psoriasis en población exclusivamente española, como ponen de manifiesto las últimas revisiones sobre el tema en lengua castellana<sup>31</sup>.

Asimismo, los pacientes con psoriasis tienen un riesgo mayor de padecer ansiedad. Su prevalencia estimada es de hasta el 43% de los pacientes con psoriasis, incluso mayor que en otras enfermedades médicas<sup>33</sup>. Los pacientes con psoriasis tienden a tener miedo a la estigmatización, lo que conduce a la evitación de las relaciones interpersonales, incluidas las relaciones sexuales<sup>37</sup>. En nuestro país no hay datos respecto a la prevalencia de ansiedad en pacientes con psoriasis, que en nuestro trabajo resultó ser del 15,6%.

A pesar de que la psoriasis no suele constituir un riesgo vital para el paciente, representa un deterioro significativo de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en estos pacientes, como pudimos confirmar en la población de nuestro estudio, teniendo en cuenta que el 14,9% de los encuestados presentó una afectación grave de la calidad de vida. Ni la afectación psicológica (ansiedad y depresión) ni el impacto que la psoriasis supone para la calidad de vida se correlacionan necesariamente con la gravedad o extensión de las lesiones<sup>38,39</sup>, sino con la localización de las placas en zonas visibles como el cuero cabelludo, las extremidades superiores, la cara o los genitales<sup>40</sup>, o en aquellos casos en los que ocasiona un prurito intenso<sup>41</sup>.

En el último apartado de la encuesta se interrogó sobre posibles causas de incumplimiento, resultando que el 54,3% de los incumplidores afirmó que el motivo para abandonar el tratamiento fue que consideraban que no era eficaz. Muchos pacientes están frustrados por el manejo de la enfermedad y la ineficacia percibida de los tratamientos. El tiempo necesario para aplicarse los tratamientos y los efectos secundarios potenciales del tratamiento oral conducen a que los pacientes creen que el tratamiento médico es de valor limitado<sup>22</sup>. Sin embargo, un estudio ha demostrado que el incumplimiento terapéutico implica un empeoramiento clínico, mientras que el incumplimiento del tratamiento con placebo, no<sup>28</sup>. Como consecuencia, la baja adherencia se correlaciona con una escasa respuesta terapéutica. Por tanto, en múltiples ocasiones es la baja adherencia, y no la escasa efectividad de los tratamientos, la causa del fracaso terapéutico<sup>42</sup>. Las otras causas de incumplimiento más frecuentes "estoy cansado de hacer el tratamiento" (62% de los incumplidores) y "simplemente me olvido" (46% de los incumplidores) coinciden con los motivos más frecuentes de abandono del tratamiento de otras series<sup>32</sup>, y están en referencia con la disminución de la adherencia a mayor duración del tratamiento.

Finalmente, nos gustaría resaltar que la realización de esta encuesta a través de Internet ha ofrecido la posibilidad de llegar a un gran número de pacientes. Su disponibilidad y fácil acceso abren un abanico de posibilidades a la relación con los pacientes tanto a la hora de ofrecerles información sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento, como para conocer sus opiniones de primera mano y de forma anónima. Este hecho aumenta la probabilidad que los participantes revelen cuestiones privadas o sobre incumplimiento terapéutico que difícilmente revelarían a su médico. La obtención de información sobre morbilidad psiquiátrica, estrés y ansiedad a través de Internet puede dar lugar a los datos con mayor validez en comparación con otras metodologías<sup>43</sup>.

La asociación española de pacientes con psoriasis "Acción Psoriasis" sirvió de lazo entre el facultativo y los pacientes para llevar a cabo el estudio. Sin embargo, ello supone también una serie de limitaciones, especialmente la no validación por el clínico de las respuestas, dato relevante por ejemplo al valorar la gravedad de la enfermedad. Además, al ser socios de la asociación de pacientes y tener acceso y conocimiento sobre el

uso de Internet, los encuestados pueden haber diferido de la población general en varios aspectos, incluyendo la edad, el nivel educativo y socioeconómico y la gravedad de la enfermedad, entre otros<sup>44</sup>.

### **Conclusiones**

De los resultados de este estudio podemos concluir que el cumplimiento terapéutico en los pacientes españoles con psoriasis españoles es muy bajo. Teniendo en cuenta que la psoriasis representa el 8,7% de las consultas por motivos dermatológicos en España<sup>45</sup>, el incumplimiento comporta pérdidas terapéuticas y económicas considerables. Por este motivo, por el bien del paciente y para obtener la mayor eficiencia del sistema sanitario es fundamental conseguir que el cumplimiento terapéutico sea el adecuado.

Dado que la adherencia se relaciona con la frecuencia de las visitas y el tipo de tratamiento, se recomienda un seguimiento estrecho de los pacientes y la elección de un tratamiento efectivo, de administración fácil y cómoda, que se haya elegido sin pasar por alto las preferencias del paciente.

**Tabla 1. Tabla de contingencia entre cumplimiento terapéutico y tratamiento tópico.**

**Crosstab**

			Tópico		Total
			No	Sí	
Morisky Green	No	Count	97	479	576
		% of Total	14,3%	70,5%	84,8%
	Sí	Count	40	63	103
		% of Total	5,9%	9,3%	15,2%
Total		Count	137	542	679
		% of Total	20,2%	79,8%	100,0%

**Tabla 2. Tabla de contingencia entre cumplimiento terapéutico y tratamiento sistémico.**

**Crosstab**

			Sistémico		Total
			No	Sí	
Morisky Green	No	Count	422	154	576
		% of Total	62,2%	22,7%	84,8%
	Sí	Count	38	65	103
		% of Total	5,6%	9,6%	15,2%
Total		Count	460	219	679
		% of Total	67,7%	32,3%	100,0%

**Tabla 3. Tabla de contingencia entre cumplimiento terapéutico y la frecuencia de las visitas al médico.**

**Crosstab**

			Frecuencia de visitas				Total
			Entre 3 y 6 meses	Entre 6 y 12 meses	Más de 12 meses	Menos de 3 meses	
Morisky Green	No	Count	137	120	241	78	576
		% of Total	20,2%	17,7%	35,5%	11,5%	84,8%
	Sí	Count	27	12	21	43	103
		% of Total	4,0%	1,8%	3,1%	6,3%	15,2%
Total		Count	164	132	262	121	679
		% of Total	24,2%	19,4%	38,6%	17,8%	100,0%

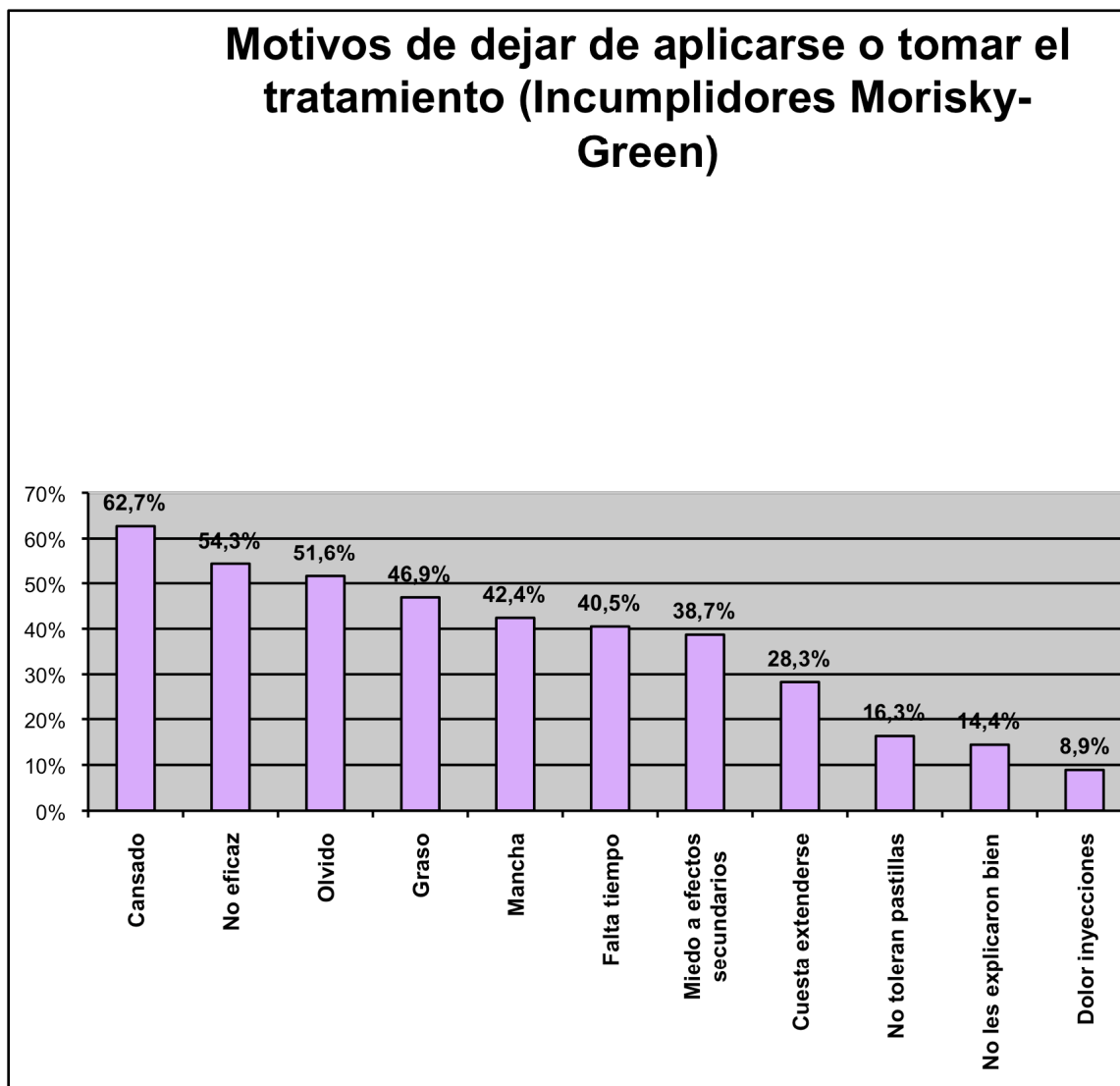
**Tabla 4. Tabla de contingencia entre cumplimiento terapéutico y el porcentaje de piel afectada por la psoriasis (PREPI).**

**Crosstab**

			Porcentaje afectado				Total
			Entre un 10 y un 20%	Entre un 5 y un 10%	Más de un 20%	Menos de un 2%	
Morisky Green	No	Count	89	231	132	124	576
		% of Total	13,1%	34,0%	19,4%	18,3%	84,8%
	Sí	Count	17	28	33	25	103
		% of Total	2,5%	4,1%	4,9%	3,7%	15,2%
Total		Count	106	259	165	149	679
		% of Total	15,6%	38,1%	24,3%	21,9%	100,0%



Tabla 5. Motivos para abandonar el tratamiento que refieren el grupo de encuestados incumplidores



## Bibliografía.

- <sup>1</sup> Haynes RB. Introduction. In: Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, eds. Compliance in Health Care. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1975:1-6.
- <sup>2</sup> Serup J, Lindblad AK, Maroti M, Kjellgren KI, Niklasson E, Ring L, et al. To follow or not to follow dermatological treatment-a review of the literature. *Acta Derm Venereol.* 2006;86:193-7.
- <sup>3</sup> Nolan BV, Feldman SR. Adherence, the Fourth Dimension in the Geometry of Dermatological Treatment. *Arch Dermatol.* 2009;145:1319-21.
- <sup>4</sup> Fouéré S, Adjadj L, Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19(Suppl.3):2-6.
- <sup>5</sup> Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, Balkrishnan R. Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *Br J Dermatol.* 2004;151:895-7.
- <sup>6</sup> Feldman SR. Why don't patients get better? The three "nons". *J Dermatol Treat.* 2007;18:136-7.
- <sup>7</sup> Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE. Adherence to treatment in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:370-9.
- <sup>8</sup> Meredith PA. Therapeutic implications of drug 'holidays'. *Eur Heart J.* 1996;17 Suppl A: 21-4.
- <sup>9</sup> Haynes RB. A critical review of the "Determinants of Patient Compliance With Therapeutic Regimens." In: Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, eds. Compliance in Health Care. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1975:26-39.
- <sup>10</sup> Baldwin HE. Tricks for improving compliance with acne therapy. *Dermatol Ther.* 2006;19:224-36.
- <sup>11</sup> Hodari KT, Nanton JR, Carroll CL, Feldman SR, Balkrishnan R. Adherence in dermatology: a review of the last 20 years. *J Dermatol Treat.* 2006;17:136-42.
- <sup>12</sup> Baer AH, Khanna V, Feldman SR. Literature is lacking in discussion of non-adherence in dermatology. *J Dermatol Treat.* 2010;21:109-10.
- <sup>13</sup> Dommasch ED, Shin DB, Troxel AB et al. Reliability, validity and responsiveness to change of the Patient Report of Extent of Psoriasis Involvement (PREPI) for measuring body surface area affected by psoriasis. *Br J Dermatol* 2010; 162:835-42.
- <sup>14</sup> Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) -a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:210-6.
- <sup>15</sup> De Tiedra AG, Mercadal J, Badía X, Mascaró JM, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): el Índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:692-700.
- <sup>16</sup> Badía X, Mascaró JM, Lozano R. Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. *Br J Dermatol.* 1999;141:698-702.
- <sup>17</sup> Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:277-83.
- <sup>18</sup> Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity

---

of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67-74.

- <sup>19</sup> Val Jiménez A, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández ML, León M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test [in Spanish]. *Aten Primaria* 1992; 10:767-70.
- <sup>20</sup> Storm A, Andersen SE, Benfeldt E, Serup J. One in 3 prescriptions are never redeemed: primary nonadherence in an outpatient clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:27-33.
- <sup>21</sup> Gokdemir G, Ari S, Köşlü A. Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:330-5.
- <sup>22</sup> Zaghoul SS, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol*. 2004;140:408-14.
- <sup>23</sup> Greenlaw SM, Yentzer BA, O'Neill JL, Balkrishnan R, Feldman SR. Assessing adherence to dermatology treatments: a review of self-report and electronic measures. *Skin Res Technol*. 2010;16:253-8.
- <sup>24</sup> 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;40:413-7.
- <sup>25</sup> Krejci-Manwaring J, McCarty MA, Camacho F, Carroll CL, Johnson K, Manuel J, et al. Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:S235-6.
- <sup>26</sup> Van de Kerkhof PC, de Hoop D, de Korte J, Cobelens SA, Kuipers MV. Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. *Dermatology*. 2000; 200: 292-8.
- <sup>27</sup> Ohya Y, Williams H, Steptoe A, Saito H, Iikura Y, Anderson R, et al. Psychosocial factors and adherence to treatment advice in childhood atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2001; 117: 852-7.
- <sup>28</sup> Carroll CL, Feldman SR, Manuel JC, Balkrishnan R. Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:212-16.
- <sup>29</sup> Mihalko SL, Brenes GA, Farmer DF, Katula JA, Balkrishnan R, Bowen DJ. Challenges and innovations in enhancing adherence. *Control Clin Trials* 2004;25:447-57.
- <sup>30</sup> Feldman SR, Camacho FT, Krejci-Manwaring J, Carroll CL, Balkrishnan R. Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:81-3.
- <sup>31</sup> Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbidities in psoriasis. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101 Suppl 1:55-61.
- <sup>32</sup> Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol*. 1995;132:236-244.
- <sup>33</sup> Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*. 2001; **50**:11-15.
- <sup>34</sup> Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology*. 2006;212:123-7.
- <sup>35</sup> Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a

---

population-based cohort study. *Arch Dermatol*. 2010;146:891-5.

<sup>36</sup> Akay A, Pekcanlar A, et al: Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and a lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002; 16: 347-352.

<sup>37</sup> Magin B, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2009;14:150-61.

<sup>38</sup> Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis. *J Invest Dermatol*. 2004;122:602-7.

<sup>39</sup> Heydendael VM, de Borgie CA, Spuls PI, Bossuyt PM, Bos JD, de Rie MA. The burden of psoriasis is not determined by disease severity only. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004;9:131-5.

<sup>40</sup> Schmitt JM, Ford DE. Role of Depression in Quality of Life for Patients with Psoriasis. *Dermatology* 2007;215:17-27.

<sup>41</sup> Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22: 1062-9.

<sup>42</sup> Balkrishnan R, Carroll CL, Camacho FT, Feldman SR. Electronic monitoring of medication adherence in skin disease: Results of a pilot study. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:651-4.

<sup>43</sup> Durant LE, Carey MP, Schroder KE. Effects of anonymity, gender, and erotophilia on the quality of data obtained from self-reports of socially sensitive behaviors. *J Behav Med*. 2002; 25: 438-67.

<sup>44</sup> Awadalla FC, Balkrishnan R, Feldman SR. The distress of psoriasis doesn't necessarily imply good treatment adherence: a lesson from the treatment of sexually transmitted disease. *J Dermatolog Treat*. 2008;19(3):132-3.

<sup>45</sup> Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. La problemática de la psoriasis en España y su futuro. Estudio prospectivo Delphi Psoriasis 2000. Madrid: Bernard Krief; 2000.