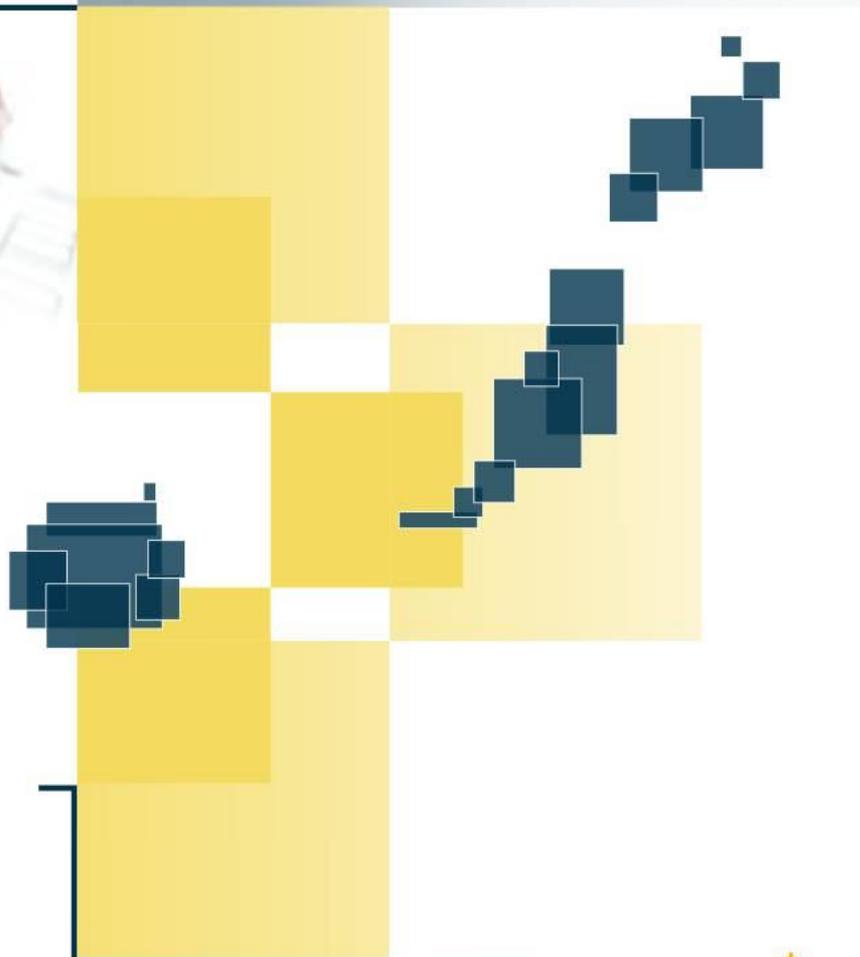
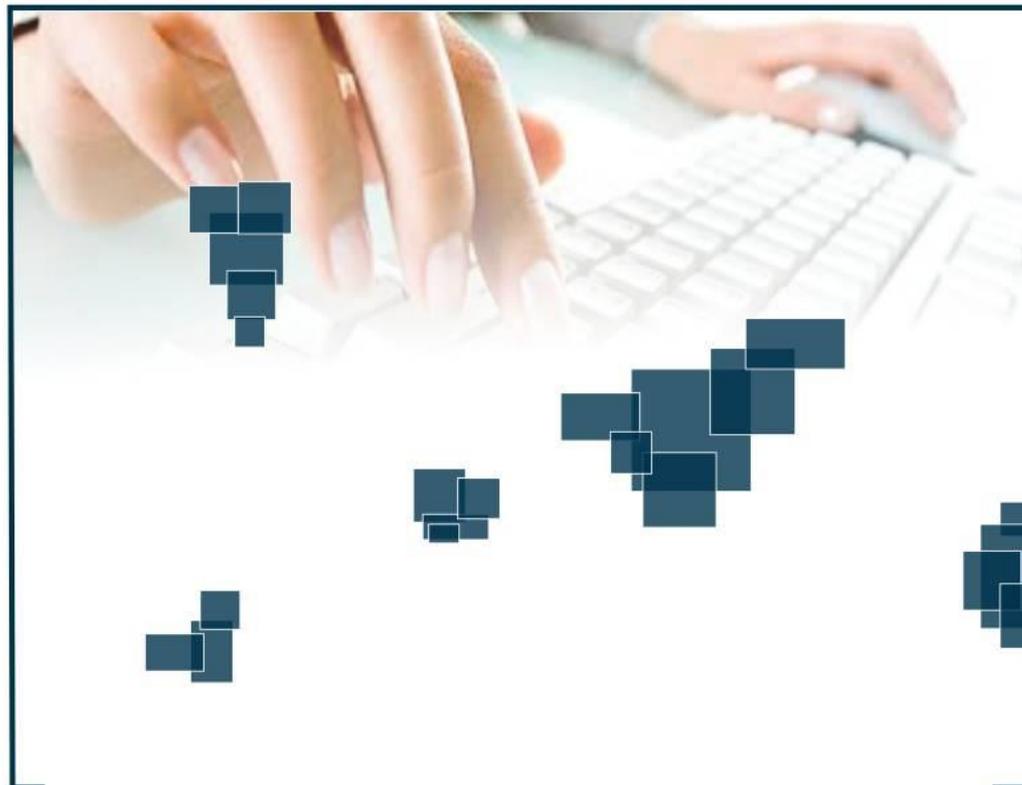




Servicio Canario de la Salud



**Medidas de control de la
prescripción y la adherencia
en el SCS.**

Alberto Talavera. 21/05/2018

GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



- CONCEPTO Y COMPONENTES DE ADHERENCIA
- DIMENSIÓN DEL PROBLEMA: COMO SE DETECTA LA FALTA DE ADHERENCIA
- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA
- INICIATIVAS DESARROLLADAS EN EL SCS

CONCEPTO Y COMPONENTES

“el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario” .
Brian Haynes, 1979. OMS, 2003

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care.
Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979. [ISBN 0-8018-2162-2.](#)



CONCEPTO Y COMPONENTES

- **ACEPTACIÓN** DE LA ENFERMEDAD Y DE LA IMPORTANCIA DE SEGUIR EL TRATAMIENTO
- **CUMPLIMIENTO** DE LAS PAUTAS: SER ADHERENTE ES
 - TOMAR LA MEDICACIÓN PRESCRITA
 - EN LA DOSIS CORRECTA
 - EN EL MOMENTO ADECUADO
 - DEL MODO CORRECTO
- **PERSISTENCIA** EN EL CUMPLIMIENTO

PRESCRIPCIÓN RAZONADA Y CONSENSUADA

1. Definir el problema del paciente
2. Marcar el objetivo terapéutico con el paciente
3. Valorar de las medidas terapéuticas
 - a) La eficacia (maximizar efectividad)
 - b) La seguridad (minimizar riesgos)
 - c) La experiencia de uso y la conveniencia (respetar las opiniones de los pacientes)
 - d) El coste (minimizar costes)
4. Dar información, instrucciones y advertencias
5. Supervisar ¿y terminar? el tratamiento.

PRESCRIPCIÓN ADECUADA Y CONCILIADA

1. ADECUACIÓN TERAPÉUTICA.

implementar en la práctica clínica diaria actuaciones encaminadas a mejorar la adecuación terapéutica y disminuir la prescripción inadecuada de medicamentos (evitar duplicidades, interacciones)

2. CONCILIACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

cuando un paciente es visitado por varios médicos, en especial en niveles de atención distintos. Especialmente en las transiciones desde los hospitales. Se deben revisar los planes después de una transición asistencial

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

- Se estima que el 50% de los pacientes se adhiere correctamente a la pauta prescrita
- **COMO SE DETECTA LA FALTA DE ADHERENCIA**
(por métodos indirectos)
 - entrevistas personalizadas (test de Morisky Green)
 - recuento medicación sobrante
 - control de la dispensación (diferencia con la prescripción)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA

- El paciente y su conducta
- La terapia
- El personal y el sistema sanitario
- La patología (nivel de adherencia en las distintas enfermedades crónicas)
- El entorno familiar y socioeconómico

EL PACIENTE Y SU CONDUCTA

- La edad: MEJOR ADHERENCIA EN MAYORES (SALVO PROBLEMAS COGNITIVOS)
- El género. Diferencias según patologías
- El nivel de formación. Efecto paradójico
- Falta de conocimiento sobre la enfermedad y las consecuencias del incumplimiento
- No acudir a las citas médicas
- La presencia de problemas psicológicos
- La percepción negativa sobre los medicamentos en algunos pacientes

LA TERAPIA

- El régimen y complejidad de los tratamientos
- Los efectos adversos
- La larga duración de los tratamientos
- La ineficacia o pérdida de la eficacia de algunos medicamentos en algunos pacientes
- Cuando los resultados no se perciben inmediatamente
- La polimedicación ?

EL PERSONAL Y EL SISTEMA SANITARIO

- Falta de una relación adecuada (alianza terapéutica) con el paciente
- Seguimiento inadecuado
- Ausencia de mecanismos de refuerzo

LA PATOLOGÍA

- Ausencia de síntomas o con poca expresión clínica
- Menor gravedad de la enfermedad (o percibida como tal)
- El número de enfermedades concomitantes
(paradójicamente mientras más procesos concomitantes mayor es la adherencia)

LA PATOLOGÍA: NIVEL DE ADHERENCIA POR PATOLOGÍA CRÓNICA

| PATOLOGIA | NIVEL DE ADHERENCIA |
|--------------------------|---------------------|
| DEPRESION MAYOR | 28% |
| EPOC | 41% |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 52% |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 54% |
| DIABETES TIPO II | 56% |
| CANCER | 70% |
| SIDA | 80% |

FACTORES FAMILIARES Y SOCIO ECONÓMICOS

- Ausencia de apoyo familiar (control externo)
- Problemas de acceso al servicio público
- Bajos ingresos (copago)

- LA ADHERENCIA ES ALIADA NATURAL DE LA EFICIENCIA
- PERO CUIDADO: A VECES LA FALSA ADHERENCIA ES JUSTIFICACIÓN PARA ENCARECER LA PRESTACIÓN

- Por parte de los **Servicios Centrales del SCS**:
 - **Desarrollo de la Receta Electrónica** como instrumento de conocimiento terapéutico integral para todos los agentes
 - **Planes de Información y Formación (Bolcan, Infarma, Cursos)**
 - **Campañas informativas**
 - **Control de la hiperprescripción (DHD IBP, BZD, Antibióticos)**
 - **Política de incentivos para la calidad de la prescripción**
- En **Servicios Centrales/Atención Primaria**:
 - **Plan de Atención al Paciente Crónico Mayor Polimedicado**
 - **Planes de Información y Formación**
- En **Hospitales**: a cargo de los S^o de Farmacia Hospitalaria en relación con enfermos ambulatorios sometidos a tratamiento de Dispensación Hospitalaria

DESARROLLOS DEL MÓDULO DE RECETA ELECTRÓNICA

1. ALERTAS Y AVISOS A LOS MÉDICOS PARA UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA:
 - DE SEGURIDAD (TRIÁNGULO NEGRO Y LOS DE LA AEMPS)
 - DE EFICIENCIA
 - DE DUPLICIDADES
 - DE INTERACCIONES GRAVES
 - DE MEDICAMENTOS INAPROPIADOS PARA LA EDAD EN MAYORES 65 AÑOS (CRITERIOS PRISCUS Y STOPP)
 - DE UTILIDAD TERAPÉUTICA BAJA
 - DURACIONES EXCESIVAS DE TRATAMIENTOS CONCRETOS
 - **DE FALTA DE ADHERENCIA (A LOS 3 MESES)**

DESARROLLOS DEL MÓDULO DE RECETA ELECTRÓNICA: BUSCANDO LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA ADHERENCIA

1. ALERTAS Y AVISOS PARA UNA PRESCRIPCIÓN ADECUADA.
2. RENOVACIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO A LOS SEIS MESES PARA DAR OPORTUNIDAD A LOS FACULTATIVOS PARA REVISARLOS Y DESPRESCRIBIR LO INNECESARIO.
3. INTRODUCIR CONTROL DE INDICACIÓN PARA MEDICAMENTOS PARA IMPEDIR QUE SEAN USADOS FUERA DE FICHA TECNICA. NO SOLO LOS DE VISADO DE INSPECCIÓN.

DESARROLLOS DEL MÓDULO DE RECETA ELECTRÓNICA: BUSCANDO LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA ADHERENCIA

4. CIERRE CENTRALIZADO DE MEDICAMENTOS (SALVO EXCEPCIONES) NO RETIRADOS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA A LOS 6 MESES DESDE LA ÚLTIMA DISPENSACIÓN. (600.000 PRESCRIPCIONES AL AÑO)

5. LIMITACIÓN DEL TIEMPO MÁXIMO DE TRATAMIENTO PARA DETERMINADO MEDICAMENTOS CUANDO SUPERAN LOS TIEMPOS FIJADOS POR LA FICHA TÉCNICA Y LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS.

DESARROLLOS DEL MÓDULO DE RECETA ELECTRÓNICA: BUSCANDO LA ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN Y LA ADHERENCIA

6. CIERRE CENTRALIZADO DE DUPLICIDADES PARA
DETERMINADOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS

7. CONTROL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS MAYORES
POLIMEDICADOS

PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO MAYOR POLIMEDICADO

- Es un programa de revisión anual, iniciado en 2010 y actualizado en abril de 2014.
- Dirigido a pacientes de > 65 años (15% de la población, 50% de las prescripciones)
- que toman 10 o más medicamentos distintos de uso crónico
- Al que pueden añadirse otros pacientes con problemas de adherencia
- Actualización semanal de listados

PLAN DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO MAYOR POLIMEDICADO

- **CAPTACIÓN (ASISTIDA POR ORDENADOR)**
 - DE PACIENTES > 65 AÑOS Y 10 MEDICAMENTOS O MÁS
 - EN LAS CONSULTAS DEL CENTRO DE SALUD
- **VALORACIÓN POR ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD**
 - REVISIÓN DE BOLSA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS
- **DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE PROBLEMAS**
 - INTERACCIONES GRAVES
 - DUPLICIDADES
 - MEDICAMENTOS DE UTILIDAD TERAPEÚTICA BAJA (UTB)
 - PRESCRIPCIONES NO RECOMENDADAS PARA PACIENTES MAYORES (CRITERIOS PRISCUS Y STOPP)
 - DURACIÓN DE TRATAMIENTO EXCESIVA
- **TEST DE MORISKY GREEN LEVINE INTEGRADO EN LA HCE**

ALCANCE DE LA FALTA DE ADHERENCIA

- DEL 40% EN PACIENTES CRÓNICOS
- DEL 65% EN ADULTOS MAYORES SOLOS SIN CUIDADOR
- SOLO EL 30% DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS QUE TOMAN 8 O MÁS MEDICAMENTOS, SON CAPACES DE RECORDAR INSTRUCCIONES

RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES SOBRE PACIENTES CRÓNICOS

- DISMINUCIÓN VISITAS NO PROGRAMADAS EN AP DE UN 40%.
- DISMINUCIÓN EN EL USO DE LAS URGENCIAS EN UN 14%
- DISMINUCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS DE UN 4%.

FINALMENTE EL GRADO DE ADHERENCIA DEPENDERÁ DE

- La existencia de un **compromiso o alianza terapéutica**: aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico.
- Que incluya **estrategias comportamentales para el cumplimiento**, basado en
 - La autorregulación, que supone la participación activa del paciente, y el uso de estrategias (Sistemas Personalizados de Dosificación, por ejemplo)
 - El control externo profesional, si fuera necesario, que incluya la atención farmacéutica y que refuerce la conducta cumplidora y corrija la no cumplidora

