



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE FARMACÉUTICOS  
DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ

# La importancia del farmacéutico en la adherencia al tratamiento

Cecilio J. Venegas Fito. Presidente Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz

# Guión

- Introducción
- Adherencia
- Participación del farmacéutico



Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura

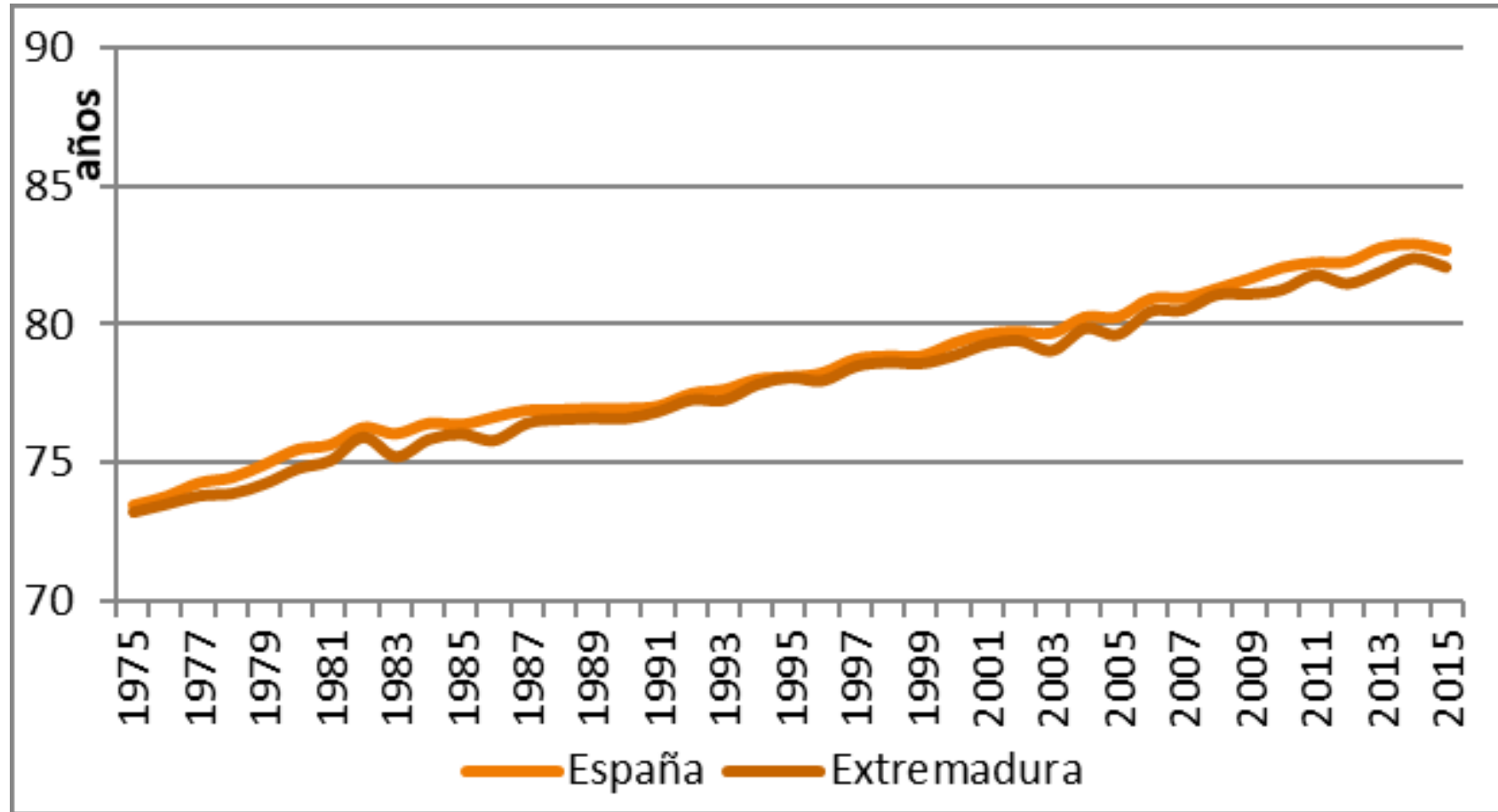


JUNTA DE EXTREMADURA

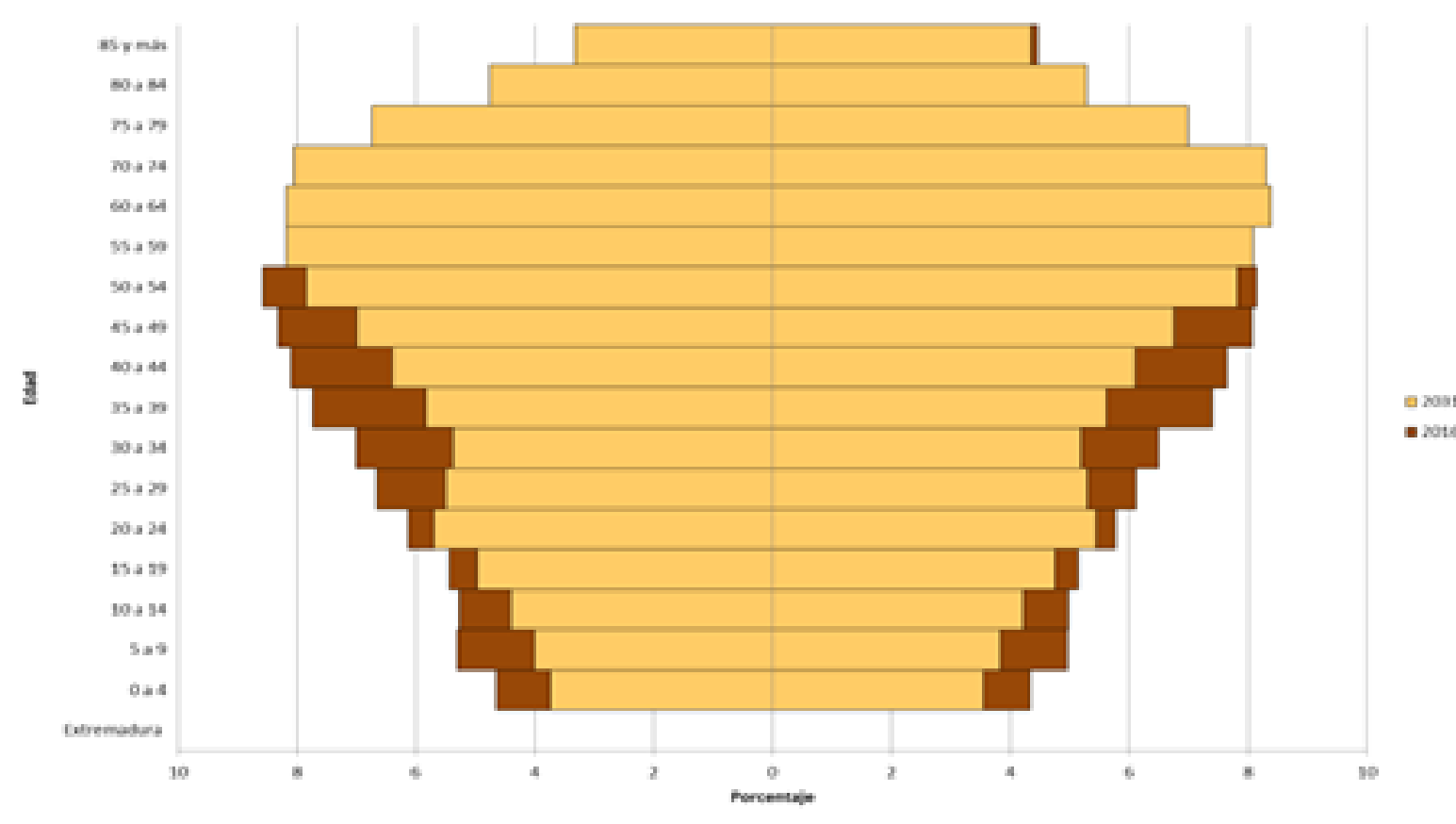
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

1

# Esperanza de vida al nacer en Extremadura



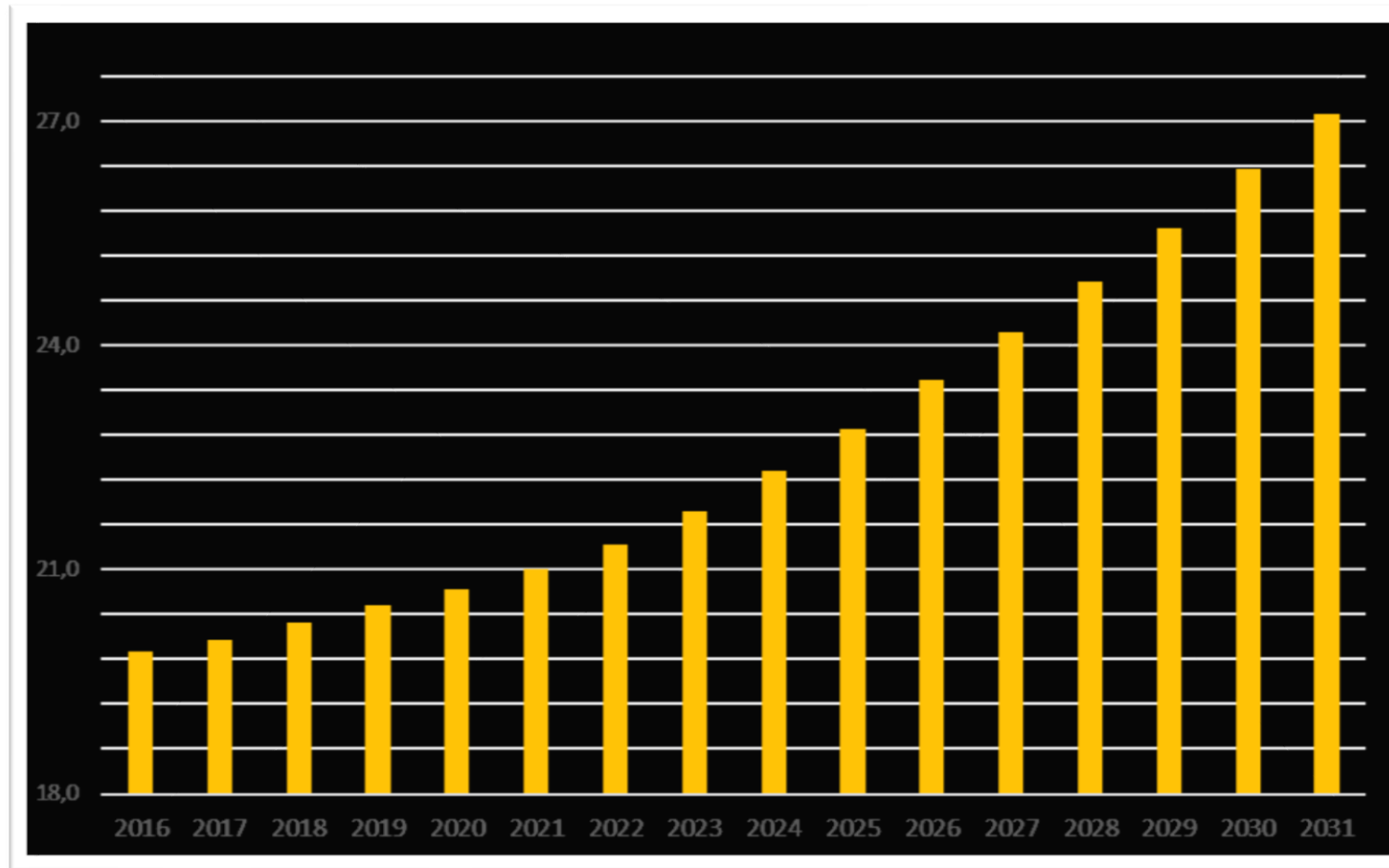
# Pirámide poblacional en Extremadura



# Proyección poblacional de Extremadura 2016-2031 en mayores de 64



18%



27%

# Tasa de natalidad y discapacidad



- La **tasa de natalidad** en Extremadura desde los años 80: de **15** nacidos/1.000 h en 1980, ha descendido a **8,14** nacidos/1.000 h en 2015 (media nacional: 8,99 nacidos/1.000 h ese mismo año).  
Recambio generacional comprometido
- La **tasa de discapacidad** de Extremadura es la **segunda mayor** según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (**109,9 por mil habitantes**) tras Galicia (112,9).

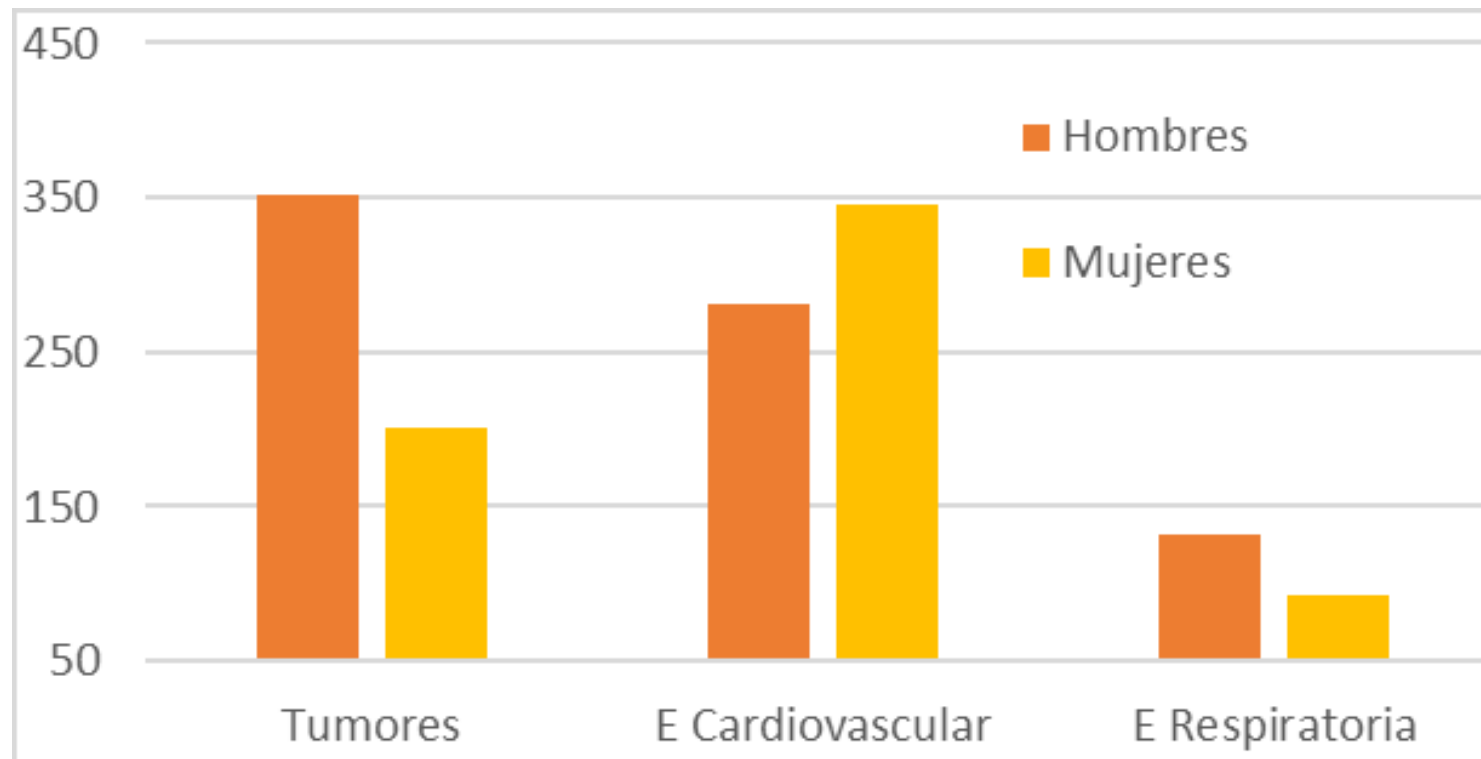
# Mortalidad



<b>Tasa bruta de mortalidad/100,000 Hab</b>	<b>Nacional</b>	<b>Extremadura</b>
Enfermedades del S. Circulatorio	267,6	323,0
Tumores	240,0	304,1
Enfermedades respiratorias	111,7	137,1
Sistema Nervioso	55,7	50,4
Trastornos Mentales y del Comportamiento	46,0	36,9



# Tasas de mortalidad estandarizadas/100.000 habitantes según género en las 3 causas principales de mortalidad en Extremadura en 2015



# Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio



- El total de personas dadas de alta en hospital con diagnóstico principal de “enfermedades del sistema circulatorio” fue de **16.443** en el año 2015, observándose un aumento tanto en varones como en mujeres con respecto al año anterior.
- Es la **primera causa de altas hospitalarias.**

# Morbilidad hospitalaria por tumores



- El total de personas dadas de alta con diagnóstico principal de “tumores” o “neoplasias”, fue de **10.887** en el año 2015, con una tendencia al aumento.
- Es la **quinta causa** de altas hospitalarias en el año 2015

# Morbilidad hospitalaria por enfermedades respiratorias



- El total de personas dadas de alta con diagnóstico principal de “Enfermedades Respiratorias”, fue de **14.899** en el año 2015 presentando una tendencia al aumento

# Hospitalizaciones POTENCIALMENTE EVITABLES



- La evolución del número de altas hospitalarias de personas residentes en Extremadura por hospitalizaciones potencialmente evitables como la **diabetes**, la **hipertensión no controlada**, el **asma del adulto**, y la **EPOC** presenta una tendencia al descenso excepto en las altas por neumonía

# Morbilidad percibida



- Según la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2014: un 59,8% de los españoles mayores de 15 años declaran percibir una enfermedad crónica frente a un 63,4% en Extremadura. Nuestra posición relativa entre las distintas comunidades en la 4ª de mayor prevalencia después del País Vasco, Galicia y Castilla León.
- Las causas de enfermedad crónica más frecuentemente aludidas en Extremadura fueron:
  - HTA: 20,5%;
  - Artrosis/artritis: 19,6%;
  - Dolor lumbar crónico: 18,9%;
  - Colesterol alto: 17,8%;
  - Dolor cervical crónico: 16,6%;
  - Alergia: 15,6%;
  - Varices: 15,6%;
  - Depresión: 10,2%,
  - Ansiedad: 8% y
  - Diabetes: 7,4%.

# Morbilidad percibida



En cuanto a los **determinantes de la salud** obtenidos de la EES de 2014:

1. El **exceso de peso** (sobrepeso y obesidad) en adultos extremeños, suman un **54,6%**; con cifras superiores a la media nacional (52,7%).
2. **Consumo de alcohol:** el 64,34 % de la población extremeña de más de 15 años declara haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses (frente a un 67,32 % de media nacional). A su vez, un 10,53 %, declara haber consumido alcohol de manera intensiva, en los últimos 12 meses, al menos 1 vez a la semana (un 3.77% de media nacional).
3. **Consumo de tabaco:** el 25,61 % de la población extremeña de 15 y más años declara ser fumador a diario, y el 48,23 % declara que nunca ha fumado. A nivel nacional estas cifras son de 23 % y 48,95 % respectivamente.
4. **Actividad física y alimentación:** la población extremeña que se declara sedentaria es un 33,34 % (siendo un 36,68% a nivel nacional), y un 70,35 % se desplaza caminando al menos una vez a la semana (un 80,4% a nivel nacional).

# Objetivo General



Aumentar el nivel de salud de la población a fin de **prevenir y retrasar la aparición de las enfermedades crónicas**, así como proporcionar autonomía personal mediante la **promoción de hábitos saludables** centrados en: la alimentación, ejercicio físico, ocio, salud mental positiva, prevención de hábitos tóxicos y exposición a agentes nocivos.



# Acciones planteadas a farmacéuticos



Fomentar intervenciones de **educación a población** sana sobre el uso racional del medicamento en todos los ámbitos, especialmente desde de la farmacia comunitaria y la atención primaria de salud.

Impulsar la **adecuación farmacoterapéutica**, en cualquiera de los entornos de atención al paciente, tanto en el ámbito de la atención primaria, atención hospitalaria, sociosanitario y en la comunidad.

Fortalecer la **adherencia** al tratamiento en el paciente y, cuando se requiera, implantar sistemas personalizados de dispensación como medida de apoyo.

Desarrollar la Cartera de Servicio de Uso Racional del Medicamento de los farmacéuticos de atención primaria, como elemento imprescindible para la coordinación y desarrollo de la atención farmacéutica interniveles.



# Acciones planteadas a farmacéuticos

Crear un **historial farmacoterapéutico único visible desde todos los ámbitos**, para quienes trabajen vinculados a la terapia farmacológica y no farmacológica de las personas con enfermedad crónicas.

Establecer un **plan terapéutico en base a los objetivos en salud** que se pretenden alcanzar para cada paciente.

Promover la **revisión farmacoterapéutica** en todos los ámbitos asistenciales.

Sistematizar la **conciliación** de la medicación en las transiciones asistenciales.

Implantar el **seguimiento farmacoterapéutico** por parte de los farmacéuticos en todos los ámbitos de atención.

Establecer mecanismos de coordinación y comunicación de las **intervenciones farmacoterapéuticas** entre profesionales de un mismo ámbito y entre ámbitos diferentes y el paciente o cuidador.



# Acciones planteadas a farmacéuticos

Dotar a los profesionales involucrados, de herramientas informáticas que ayuden en las diferentes intervenciones que requiera el paciente: educación, adecuación, adherencia, conciliación, revisión, seguimiento y deprescripción.

Establecer indicadores de resultados de las intervenciones farmacoterapéuticas, que permitan medir los objetivos alcanzados en función del plan terapéutico de cada paciente.

# Adherencia

El grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las **recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente:**

- Cambios en el ESTILO DE VIDA
- Medicamentos sujetos a prescripción médica: PRESCRIPCIÓN MÉDICA
- Medicamentos no sujetos a prescripción médica: INDICACIÓN FARMACÉUTICA

# Valoración de la adherencia

- **Método directo**: medir la **CANTIDAD DE FARMACO** en muestras biológicas
- **Método indirecto**:
  - ✓ Morisky-Green
  - ✓ Haynes-Sackett
  - ✓ Control retirada de recetas/dispensaciones
  - ✓ **Evaluación de RESULTADOS TERAPEUTICOS ESPERADOS**

# Valoración de la adherencia

## MORISKY-GREEN

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una **buena adherencia**, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (**no, sí, no, no**).

# Valoración de la adherencia

## HAYNES-SACKETT

También denominado cuestionario de «**cumplimiento autocomunicado**». Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

**La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?**

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos **> 80% y < 110% de los prescritos**

# Valoración de la adherencia

## CONTROL RETIRADA DE RECETAS/DISPENSACIONES

La **receta electrónica** hace posible esta estimación, sin embargo, esto no implica que el comportamiento del paciente coincida con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente en cuanto a su farmacoterapia

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS TERAPEUTICOS ESPERADOS

Para ello sería necesario conocer la **farmacoterapia**, los **objetivos terapéuticos** buscados en el paciente, así como, los **resultados de los medios auxiliares de diagnóstico**



# Predictores de baja adherencia

- Complejidad del tratamiento.
- Efectos adversos de la medicación.
- Inadecuada relación médico-paciente.
- Atención fragmentada: falta de coordinación entre distintos prescriptores.
- Enfermedad asintomática.
- Seguimiento inadecuado o ausencia de plan terapéutico al alta.
- Inasistencia a las citas programadas.
- Falta de confianza en el beneficio del tratamiento por parte del paciente.
- Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente
- Deterioro cognitivo.
- Presencia de problemas psicológicos, particularmente depresión.
- Dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos.
- Coste de la medicación.

# Consideraciones ANTES DE INTERVENIR

1. Aceptar los **principios de autonomía del paciente** y la toma de decisiones compartida: el paciente, una vez informado de manera adecuada, tiene derecho a decidir no tomar su medicación
2. No culpabilizar al paciente
3. **Individualizar la intervención**, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente (no hay una intervención específica que pueda ser recomendable para todos los pacientes)
4. **Fortalecer la relación con el paciente**
5. Ser conscientes de que las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir el **fin último: mejorar el control de la patología**
6. **Colaborar de manera multidisciplinar**

# Estrategias/intervenciones para mejorar la adherencia

- Es importante tener en cuenta que la dificultad que tienen los pacientes en **ADAPTAR LAS TOMAS A SU RUTINA DIARIA** tiene mayor importancia que la complejidad del régimen establecido.
- En cualquier caso, las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser **discutidas** con el paciente, considerando sus problemas y necesidades individuales.

# Intervenciones para mejorar la adherencia

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si **es intencionada** o no.
- Analizar las **creencias y preocupaciones** del paciente sobre su medicación.
- Las intervenciones deben ir **dirigidas a los problemas específicos detectados**, y pueden incluir:
  - Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación
  - Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad
  - Simplificar el régimen posológico
  - Cambiar el envasado de los medicamentos
  - Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación (SPD), etc.

# Intervenciones para mejorar la adherencia

- Si el problema son los **efectos adversos**:

Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos.

Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración.

- Preguntar al paciente si **el coste** de la medicación le supone un problema, y considerar opciones para reducirlo

# Perfiles de pacientes para que la farmacia trabaje en la mejora de la adherencia

- Pacientes adherentes
  - “Clásicos”
  - “Modélicos”
- Pacientes no adherentes
  - “Confundidos”
  - “Desconfiados
  - “Banalizadores”

*Guía Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento, SEFAC y ESTEVE*

# Perfiles de pacientes adherentes

- **“Clásicos”**: varones mayores de 65 años con buenos hábitos de vida y buenos niveles de adherencia, aunque realmente no entienden por qué cumplen con el tratamiento.
- **“Modélicos”**: generalmente viven en hogares numerosos, tienen buenos hábitos de salud y su actitud colaborativa y activa determina, junto con su constancia y rigurosidad, sus altos niveles de adherencia.

*Guía Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento, SEFAC y ESTEVE*

# Perfiles de pacientes no adherentes

- **“Confundidos”**: mayores de 65 años, pluripatológicos, polimedicados y crónicos, que a menudo viven solos y a los que la complejidad del tratamiento (número de fármacos y forma de tomarlos) les impide cumplirlo.
- **“Desconfiados”**: menores de 45 años, muy exigentes con su médico y con el tratamiento. En su caso, la falta de confianza en el profesional prevalece sobre su capacidad de autogestión. Esto condiciona su cumplimiento de la terapia, a pesar de ser conscientes de la importancia del mismo.
- **“Banalizadores”**: suelen ser menores de 45 años, con una formación media-alta, que padecen sólo una enfermedad, reciben un solo tratamiento y tienen apoyo familiar, siendo la poca constancia y la falta de compromiso con su enfermedad la principal barrera para la adherencia.



# Decálogo de la comunicación entre el farmacéutico y el paciente

1. Identificar las barreras que se oponen en la adherencia al tratamiento
2. Establecer en cada caso la vía de comunicación más adecuada, valorando el empleo de dibujos, símbolos e incluso idiomas diferentes.
3. Animar a los pacientes a hacer preguntas sobre su enfermedad y su tratamiento.
4. Utilizar preguntas abiertas.
5. Hablar sobre las repercusiones de no tomar la medicación, sobre otras alternativas no farmacológicas, sobre cómo realizar la reducción gradual de las dosis y sobre qué medicamentos priorizar (en el caso de pacientes polimedicados).
6. Dar la oportunidad al paciente de implicarse en las decisiones sobre el tratamiento.
7. Evaluar la adherencia de forma no crítica con el paciente.
8. Asumir que los pacientes pueden tener un punto de vista diferente.
9. No hay ninguna recomendación específica que valga para todos los pacientes.
10. Revisar periódicamente con el paciente sus conocimientos, comprensión y preocupación sobre sus medicamentos, ya que varían con el tiempo.

*Guía Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento, SEFAC y ESTEVE*