



# DISPENSACIÓN, ADHERENCIA Y USO ADECUADO DEL TRATAMIENTO

GUÍA PRÁCTICA PARA EL  
FARMACÉUTICO COMUNITARIO

Sociedad  
Española  
de Farmacia  
Familiar  
y Comunitaria



**SEFAC**



Dispensación, adherencia  
y uso adecuado del tratamiento:  
guía práctica para el farmacéutico  
comunitario

© 2017 Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Edita: EDITTEC. Tecnología y Ediciones del Conocimiento, SL  
Travessera de Gràcia, 56, 6, 4ª - 08006 Barcelona

DL: B-25728-2017

ISBN: 978-84-697-6252-3

Imprime: Ediciones Gráficas Rey, S.L.

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren, comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

# Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario

## **Coordinadora**

**Rosa Prats Mas**, farmacéutica comunitaria en Denia (Alicante)

## **Autores**

**Eugenia García Zaragoza**, farmacéutica comunitaria en Alfaz del Pi (Alicante)

**Montserrat Gil Girbau**, farmacéutica investigadora  
del Institut de Recerca Sant Joan de Déu (IRSJD) de Barcelona

**M<sup>a</sup> Dolores Murillo Fernández**, farmacéutica comunitaria en Sevilla

**Jorge Vázquez Valcuende**, farmacéutico socio de SEFAC  
y Public Affairs Manager de ESTEVE

**Ares Vergoñós Tomàs**, farmacéutica comunitaria en Barcelona

## **Agradecimientos**

A Jordi Guitart Felip, Chief Technology Officer en Spoonful of Sugar,  
por su desinteresada colaboración en la revisión técnica del documento.

## **1** Adherencia (8)

- 1.1 Definición.
- 1.2 Clasificación.

## **2** Papel de los diferentes ámbitos que rodean al paciente en la mejora de la adherencia. Rol del farmacéutico (14)

## **3** Detección de la no adherencia (18)

## **4** Estrategias para promover la adherencia terapéutica (22)

- 4.1 Técnicas.
- 4.2 Combinadas: realizan varias intervenciones de forma paralela.
- 4.3 Dirigidas al profesional sanitario, la Administración y la industria farmacéutica.
- 4.4 De apoyo social y familiar.
- 4.5 Educativas.
- 4.6 Conductuales.

## **5** Factores que influyen en la falta de adherencia (24)

- 5.1 Factores relacionados con el paciente.
- 5.2 Factores asociados a la terapia.
- 5.3 Factores relacionados con el estado de la enfermedad.
- 5.4 Factores relacionados con el personal y el sistema sanitario.
- 5.5 Factores socio-económicos como el apoyo familiar.

## **6** Clasificación de los pacientes (34)

- 6.1 Pacientes no adherentes confundidos.
- 6.2 Pacientes no adherentes desconfiados.
- 6.3 Pacientes no adherentes que banalizan.
- 6.4 Pacientes no adherentes no iniciadores.
- 6.5 Pacientes adherentes clásicos.
- 6.6 Pacientes adherentes modélicos.

---

## **7** La adherencia desde el punto de vista del paciente (40)

## **8** Intervenciones realizadas (44)

## **9** Proyecto *ADHe+*: guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria (48)

9.1 Objetivos.

9.2 Diseño del protocolo para la detección de pacientes no adherentes (NA).

9.2.1 Detección de paciente NA en la dispensación.

Medicamentos que SÍ que quiere recoger.

9.2.2 Detección de paciente NA en la dispensación.

Medicamentos que NO que quiere recoger.

9.3 Identificación del perfil del paciente y actuación.

9.4 Diagrama de guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria.

## **Bibliografía** (56)

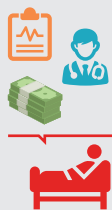
# Puntos clave



La **FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA** es actualmente un **PROBLEMA** importante de **SALUD PÚBLICA A NIVEL MUNDIAL** por su magnitud y consecuencias, las cuales se ven incrementadas por el aumento de pacientes con patologías crónicas, polimedicados y al aumento de la esperanza de vida.



El **ABORDAJE** de la adherencia necesita una visión **MULTIDISCIPLINAR** y una estrategia conjunta en la que todos los actores, **PACIENTE, FAMILIA, CUIDADOR** y **PROFESIONALES SANITARIOS**, participen de forma estructurada y coordinada.



Los factores que influyen en la falta de adherencia están relacionados con el **PACIENTE**, el **TRATAMIENTO** prescrito, el estado de la **ENFERMEDAD**, el **PROFESIONAL SANITARIO** y los **FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS**.



**NO EXISTE** una **ESTRATEGIA GENERAL** que funcione **PARA MEJORAR LA ADHERENCIA** de los pacientes. Es necesaria la **PERSONALIZACIÓN** con medidas sencillas adaptadas a cada paciente: técnicas, conductuales, educativas, de apoyo social y familiar, dirigidas al profesional sanitario, Administración e industria o combinadas.





El FARMACÉUTICO COMUNITARIO debe reforzar la prescripción del médico facilitando una INFORMACIÓN rápida y ágil de los tratamientos y DETECTANDO pacientes NO ADHERENTES en el proceso de DISPENSACIÓN.



El paciente realiza un BALANCE entre sus creencias acerca DE LA MEDICACIÓN (NECESIDAD DE TOMARLA) y creencias negativas de esta (PREOCUPACIONES POR SU TOMA). El RESULTADO será la ACTITUD que refiere FRENTE A LA MEDICACIÓN y que desde la farmacia se debe valorar y trabajar con él, para aumentar la adherencia al tratamiento.



Se definen dos tipos de pacientes ADHERENTES (CLÁSICOS y MODÉLICOS) y tres tipos de pacientes no adherentes (CONFUNDIDOS, DESCONFIADOS o críticos y BANALIZADORES o inconscientes). La actuación del farmacéutico para mejorar la adherencia dependerá del perfil de paciente en cuestión.



IDENTIFICAR LAS BARRERAS que se oponen A LA ADHERENCIA al tratamiento por parte del paciente es el primer paso PARA DETERMINAR qué INTERVENCIONES son las más adecuadas para mejorar la adherencia. La farmacia comunitaria y, en concreto, la BREVE ENTREVISTA que se realiza DURANTE LA DISPENSACIÓN es uno de los puntos estratégicos para ello.

## 1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario<sup>1</sup>.

Inicialmente se hablaba de *cumplimiento* ya que hacía referencia al modelo paternalista del médico y a su deseo de que el paciente cumpliera con sus órdenes respecto al tratamiento médico. Esto hacía que el paciente tuviese un papel pasivo, en el que él no era partícipe de la decisión<sup>2</sup>. El concepto de *adherencia* terapéutica de la OMS hace que el paciente tome un papel activo y que de forma voluntaria se adhiera a las recomendaciones dadas por el médico, en función de sus propias creencias y percepciones de su enfermedad y tratamiento<sup>3</sup>.

Paralelamente, la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain introduce el concepto de *concordancia* como alternativa a los dos anteriores<sup>4</sup>. La *concordancia* se define como el proceso de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud que lleva a un acuerdo mutuo, a través de un proceso de negociación y de decisiones compartidas, y se considera sinónimo del término "cuidados centrados en el paciente"<sup>5,6</sup>.

Mientras que los términos *cumplimiento* y *adherencia* pueden considerarse sinónimos (pese a sus matices) y, de hecho, se utilizan indistintamente en la literatura científica, el término *concordancia* no lo es. Los dos primeros se refieren al comportamiento del paciente en la toma de medicación y pueden ser determinados mediante métodos directos e indirectos. Sin embargo, el término *concordancia*, más novedoso, hace referencia a la naturaleza de la relación médico-paciente y actualmente carece de métodos de medida<sup>7</sup>.

A lo largo del presente trabajo, se emplea el término *adherencia* en lugar de *cumplimiento* por considerarlo más adecuado y acorde a la visión de que las creencias y actitudes del paciente acerca de su tratamiento y enfermedad están cada vez más implicadas en su toma de la medicación.

La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante problema de salud pública a nivel mundial, que se acrecienta por el aumento de pacientes con patologías crónicas y polimedicados y el aumento de la esperanza de vida.

A pesar de los avances farmacológicos y la investigación para el control de las enfermedades crónicas, los resultados en salud no son los esperados debido a la falta de adherencia, que disminuye considerablemente la eficacia y la eficiencia de los tratamientos. Algunos estudios la sitúan para pacientes con enfermedades crónicas en el 50%. La falta de adherencia llega a ser del 75% en enfermedades psiquiátricas, del 70% en pacientes asmáticos, del 50% en pacientes con hipertensión arterial (HTA), colesterol, o diabetes y puede disminuir hasta el 30% en patologías agudas<sup>8</sup>. Aunque estas cifras tienen unos rangos de variabilidad muy grandes dependiendo del estadio, la gravedad o el tipo de paciente. Pero en todos los casos, el grado de adherencia y la efectividad de los tratamientos están íntimamente relacionados.

Además del impacto en los resultados de salud, la falta de adherencia supone también un impacto económico para los sistemas sanitarios en todo el planeta. En Europa, se estima que la falta de adherencia supone un coste de 125.000 millones de euros y unas 200.000 muertes prematuras al año<sup>9</sup>. En un reciente estudio epidemiológico longitudinal llevado a cabo en España, se investigó el impacto que podía tener la no iniciación de tratamientos sobre los servicios sanitarios, y se concluyó que los pacientes que no habían iniciado un nuevo tratamiento prescrito por el médico de

atención primaria (AP) pasaban más días de baja que los iniciadores, produciendo un mayor gasto para el sistema. Este estudio epidemiológico se realizó sobre la totalidad de los pacientes usuarios de la AP pública en Cataluña en 2012 a los que se les prescribió un nuevo tratamiento (1,7 millones de pacientes)<sup>10</sup>.

La encuesta del *Plan de Adherencia al Tratamiento*<sup>11</sup> realizada por Farmaindustria en 2016 indica que prácticamente el 50% de los pacientes crónicos en España no cumple correctamente el tratamiento prescrito. La falta de adherencia es la principal responsable de las diferencias de eficacia de los tratamientos farmacológicos demostrados en ensayos clínicos y de los obtenidos en la vida real<sup>12, 13</sup>. Se ha asociado con una disminución de la calidad y de la esperanza de vida<sup>14</sup>, por lo que es importante asumir la necesidad de su prevención y detección en la práctica clínica diaria.

## 1.1 Clasificación

La No Adherencia (NA) se puede clasificar partiendo de distintos puntos de vista. Se puede clasificar como NA intencionada o NA no intencionada o teniendo en cuenta el factor temporal de la toma de la medicación en el que se produce la NA<sup>15</sup>.

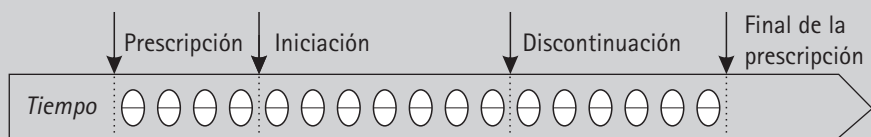
### 1.1.1 NA según la intencionalidad

**La NA intencionada** es aquella en la que el paciente es consciente de la acción, pudiendo esta decisión estar influida por actitudes, expectativas y creencias del paciente.

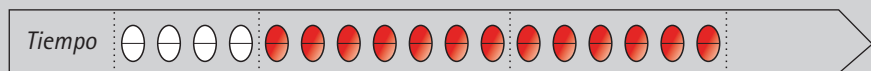
**En la NA no intencionada** los pacientes, debido a ciertas limitaciones y sin pretenderlo, se convierten en NA.

### 1.1.2 NA por factores temporales

Se definen varias categorías teniendo en cuenta el momento y cómo se produce. Se muestra en la **Figura 1**, tomando como referencia la correcta medicación (punto F)<sup>16</sup>.



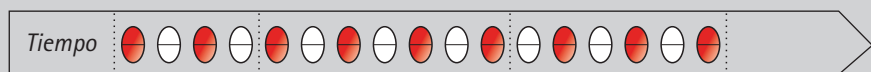
**A) No iniciación o Falta de adherencia primaria**  
(Prescripción inicial no retirada)



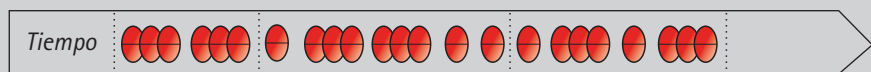
**A) Iniciación tardía**  
(Retraso en el comienzo del tratamiento)



**C) Discontinuación temprana**  
(Interrupción del tratamiento antes de finalizarlo)



**D) Subdosificación**  
(Dosis insuficientes para alcanzar el resultado terapéutico deseado)



**E) Sobredosificación**  
(Dosis excesivas para alcanzar el resultado terapéutico deseado)



**F) Adherencia**

*Figura 1. Clasificación de NA dependiendo del momento en que se ha generado.*  
(Fuente: Rubio-Valera, 2012)

- A** No iniciación o falta de adherencia primaria, cuando una vez prescrito el nuevo tratamiento, el usuario no llega a iniciarlo.
- B** Iniciación tardía cuando el usuario retrasa el inicio de la medicación prescrita.
- C** Discontinuación temprana o anticipada, pues el usuario deja de tomar o interrumpe la medicación antes del plazo establecido por el médico.
- D** Subdosificación, cuando el usuario toma menos dosis para alcanzar el resultado terapéutico deseado. Puede ser que se haya dejado alguna toma puntual o que la dosis tomada durante todo el tratamiento sea menor.
- E** Sobredosificación, entendiéndose como tal que el usuario ha tomado más medicación de la prescrita por el médico.
- F** Adherencia, el usuario ha tomado correctamente la medicación según la prescripción médica, tanto en dosificación, regularidad y duración establecida.

### **Paciente no adherente, NO INICIADOR**

Se define como paciente no iniciador aquel que no empieza un nuevo tratamiento farmacológico prescrito por su médico. Un reciente estudio<sup>17</sup> realizado en Cataluña determinó que aproximadamente un 17,6% de las nuevas prescripciones en AP no llegaban a iniciarse. Concretamente estimó que la no iniciación se encontraba en torno al 10% en medicamentos indicados para patología crónica.

Los factores más importantes que se asociaban a la no iniciación eran la edad, la nacionalidad, las comorbilidades del paciente y en relación con el médico, si este era residente o sustituto y si el Centro de Atención Primaria (CAP) era centro docente.

Sobre las motivaciones<sup>18</sup> que podrían llevar al paciente a no iniciar un nuevo tratamiento, estas son muy similares a las de los pacientes NA, ya que realizan una valoración riesgo-beneficio resultado de la percepción que tienen sobre la patología y el tratamiento prescrito. Esto puede estar influido por su relación con el médico, la connotación emocional y/o las relaciones externas.

La no iniciación es un fenómeno poco estudiado por lo que no están actualmente muy definidas las estrategias de actuación. Se está llevando a cabo un estudio mixto en España donde ya se ha estimado la alta prevalencia de este tipo de NA.

Este problema puede ser especialmente importante en patologías específicas y, sobre todo, en pacientes polimedicados y crónicos<sup>17</sup>. Por esta razón, en el proyecto de actuación en farmacia comunitaria que se presenta en este documento, el objetivo en este tipo de usuario NA es que el farmacéutico comunitario adquiera conciencia de la existencia y la importancia en la detección de este grupo. A nivel de estrategias de actuación hay que ser cauteloso.

## Papel de los diferentes ámbitos que rodean al paciente en la mejora de la adherencia. Rol del farmacéutico

Las estructuras organizativas actuales no son adecuadas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, fundamentalmente de los pacientes crónicos. La falta de objetivos comunes repercute de forma relevante en la atención a estos pacientes, que son atendidos varias veces a lo largo del año, tanto en los centros de salud como por diferentes especialistas en los hospitales y centros de especialidades, multiplicando exploraciones y pruebas complementarias, sin integrar la información clínica generada<sup>19</sup>.

En la literatura científica se describen herramientas de ayuda a la toma de decisiones como una medida complementaria de asesoramiento proporcionado por los profesionales sanitarios, con el objetivo de ayudar a las personas a deliberar sobre sus opciones de tratamiento, considerando todos los atributos relevantes que puedan ayudar a prever cómo se sentirá la persona a corto, medio y largo plazo<sup>20</sup>.

Y aunque las necesidades de los pacientes pueden estudiarse desde diferentes perspectivas, la realidad se acerca siempre a que los cuidados recibidos desde una óptica de atención primaria multidisciplinar perduran frente a cualquier actuación de vertiente clínica individual. La característica más relevante y común en casi todas las personas afectadas por las enfermedades crónicas es la necesidad de una atención continuada dirigida al paciente y coordinada entre los distintos servicios sanitarios.

A pesar de que la **cronicidad** y la **dependencia** son conceptos bien diferenciados, guardan correlación en lo que respecta a pacientes que sufren ambas condiciones y efectos en su adherencia. La dependencia sólo se produce en el 12% de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, las personas con dependencia en un 91% padecen al mismo tiempo una enfermedad crónica. La enfermedad produce necesidad de servicios sanitarios y la dependencia produce necesidad de servicios sociales, pero en ambas convive la problemática de una baja adherencia terapéutica<sup>21</sup>.



Es importante dejar claro que los servicios sanitarios y los sociales son dos tipos de servicios claramente diferenciados, practicados por profesionales con formaciones diferentes pero que deben de trabajar en un contexto integrado con empatía si se tienen bien definidos los conceptos de abordaje al paciente<sup>22</sup>.

**El abordaje de la adherencia necesita una visión multidisciplinar.** Es necesaria una estrategia conjunta en la que todos los actores deben participar de forma estructurada y coordinada<sup>23</sup>. Cada uno de ellos supone una pieza del engranaje indispensable en el marco de la adherencia, principalmente en pacientes con patologías crónicas y polimedicados, cuyo objetivo es la suma de esfuerzos para obtener estrategias de detección en la falta de adherencia y posterior actuación eficiente.

El nuevo marco de atención para las enfermedades crónicas<sup>24</sup> sustenta modelos integrados, en los que la adherencia debe trabajarse desde la multidisciplinaridad para llevar a cabo un plan de acción común. La implicación de los profesionales sanitarios en el primer eslabón de sanidad, AP y cuyos agentes (médico de AP, enfermería, farmacéutico de AP y farmacéutico comunitario [FC]) aportan la visión sanitaria<sup>25</sup>, debe ir perfectamente sincronizada con el entorno del paciente, la familia, los cuidadores y los trabajadores sociales que, en muchas situaciones, juegan un papel indispensable y, finalmente, terminar con la participación de la comunidad.

Un programa multidisciplinar de abordaje de la adherencia terapéutica desde un punto de vista transversal debe comenzar con la visita programada al profesional sanitario responsable (médico, enfermero y farmacéutico) para tratar de identificar el problema y realizar entrevistas motivacionales en profundidad. El médico consideraría especialmente la simplificación de la estrategia terapéutica y las barreras existentes para su correcta realización. En la consulta de enfermería o en la farmacia es importante reforzar la educación sanitaria personalizada. Así mismo, desde la farmacia y en colaboración con médicos y enfermeros, se puede ofrecer el servicio

de Seguimiento Farmacoterapéutico como programa que incluye la atención a la adherencia terapéutica<sup>26</sup>. La **Figura 2** muestra todos los ámbitos que podrían influir en la mejora de la adherencia y el uso adecuado del tratamiento.



*Figura 2. Ámbitos de influencia para favorecer la adherencia al tratamiento*

El rol del FC, donde su posición estratégica, sus conocimientos del paciente y su entorno sociosanitario, así como su conocimiento de la farmacoterapia del paciente (tanto de prescripción desde la medicina pública y privada como de aquello que el paciente toma sin prescripción médica), es uno de los pilares del ámbito sanitario<sup>27,28</sup> y es una pieza clave en el seguimiento del cumplimiento terapéutico del paciente crónico polimedicado<sup>29</sup>.

El FC, especialista en el medicamento, puede reforzar la prescripción del médico facilitando una información rápida y ágil en todo aquello que hace referencia a los tratamientos. En concreto puede reforzar en la posología, duración y efectos adversos, adoptando así una función importante durante la dispensación y recordando la necesidad de ser adherente con el tratamiento, de acuerdo a las necesidades, personalizando en lo posible y, de esta forma, influyendo adecuadamente en la toma de decisión y el uso responsable del tratamiento.

La colaboración entre médicos y farmacéuticos es un aspecto fundamental para la mejora de la adherencia. Así lo demuestra un estudio cualitativo en el que el médico

y el farmacéutico expresaban que la relación entre ellos se tenía que caracterizar por interacciones proactivas regulares cara a cara. Las conclusiones apoyaban un modelo de colaboración presencial basado en la confianza, en las perspectivas compartidas de la atención sanitaria, de la adherencia y de los roles y metas profesionales. Los participantes concluyeron que la comunicación asistida por ordenador también podía ser útil en caso de que la colaboración presencial fuese poco factible<sup>30</sup>.

Existe el programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) que se realiza a través de personal sanitario (enfermería) de los Centros de Atención Primaria y en los casos donde se detecta en estos pacientes una mala adherencia se activan protocolos de actuación, entre ellos el sistema personalizado de dosificación o reacondicionamiento (SPD). Se podría aprovechar este circuito para establecer más estrategias de seguimiento, captación y mejora de este paciente no adherente<sup>31</sup>.

Los métodos que se utilizan para medir la adherencia terapéutica se pueden clasificar en dos grupos, los directos y los indirectos, reflejados de forma esquemática en la **Tabla 1**.

*Tabla 1. Clasificación de Métodos de medición de adherencia.*  
Adaptación y modificación de <sup>16,32</sup>

Método	Definición	Fortaleza	Limitación
Directos			
Métodos biológicos	Los niveles de medicación se miden a través de monitorización de concentraciones plasmáticas	Método estándar	Caro Método invasivo Síndrome de la bata blanca
Recogida de datos clínicos y analíticos por observación directa	La medicación es controlada por los profesionales que la han administrado (inyectables y pacientes hospitalizados)	Método estándar Se conoce exactamente la dosis y el tiempo en que fue administrado.	Caro Necesita validación externa Conflictos éticos
Indirectos			
Diario	El paciente anota en un diario la medicación que va tomando	Económico Se puede aprovechar para profundizar con el paciente cuando se detecta la mala adherencia	Necesaria validación externa Sesgos del paciente
Recuento de comprimidos	Se cuentan los comprimidos que quedan en el envase	Económico Método estándar	Sesgos del profesional. Sesgos del paciente. No aplicable a otras formas farmacéuticas

Método	Definición	Fortaleza	Limitación
Indirectos			
Dispositivos electrónicos (MEMSR)	Tarro pildorero con dispositivo electrónico que contabiliza las pastillas	Método estándar Patrones de adherencia en el tiempo	Caro. No aplicable a otras formas farmacéuticas Sesgos del paciente Posibles fallos tecnológicos
Registro de dispensación con bases de datos	Bases de datos de farmacia, hospitales, centros de atención primaria, urgencias	Mide nº de unidades omitidas Mejor que los cuestionarios	Sesgos de información (sobrante, suspensión de tratamiento, no lo toma realmente)
Cuestionarios*	Mediante cuestionarios auto o hetero reportados	Bajo coste Fácil de implementar Aportan los motivos	Muchos cuestionarios con baja fiabilidad Sesgos de memoria y de respuesta

El objetivo de este documento es dotar al FC de herramientas útiles e integrables en el trabajo diario de la farmacia que no sólo ayuden a detectar aquellos pacientes no adherentes, sino a poder establecer una relación de confianza para tratar de conocer los motivos por los que no toma adecuadamente el tratamiento y poder reconducir esta NA.

Para ello el FC utilizará las herramientas de que dispone y que pueden resultar de gran utilidad para obtener la información necesaria para llevar a cabo esta función. Teniendo en cuenta que actualmente el FC no tiene acceso a la historia clínica del paciente, la cual aportaría mucha información necesaria para poder realizar bien su trabajo, debe utilizar la información que el paciente o su cuidador les puedan proporcionar. También se puede utilizar la historia farmacoterapéutica del módulo de receta electrónica en el que se pueden comprobar los tratamientos que el paciente está tomando e, incluso, lo que ha tomado anteriormente; así como si el paciente retira la medicación de forma adecuada (esto no es posible en todas las comunidades autónomas)<sup>33,34</sup>.

Los estudios realizados demuestran que los métodos utilizados para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas son en su mayoría complejos y no muy eficaces<sup>35</sup>. Todos los estudios parecen estar de acuerdo en que no se pueden establecer estrategias generales que funcionen y que es necesario la personalización con medidas sencillas a medida de cada paciente. Una vez medido este riesgo y en función del perfil del paciente, el FC estará en condiciones de seguir una estrategia para reconducir la NA en el momento o citarlo para una acción más compleja.

En un estudio en el que se llevó a cabo la evaluación de la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos, se llegó a la conclusión de que la entrevista personalizada o auto-cuestionario era el método más recomendado por la mayoría de los autores<sup>36</sup>.

Los cuestionarios más conocidos para la detección de NA son: el Test de cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett, el Test de Morisky-Green, el Test de la comprobación fingida o "bogus pipeline", el Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad), el Test de Prochasca-Diclemente, el Test de Hermes, el Test de Herrera Carranza, Test de cumplimiento SMAQ (The Medication Adherence Questionnaire), el Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación), la Escala simplificada para detectar problemas de cumplimiento (ESPA) con el tratamiento antirretroviral y, finalmente, la escala informativa de cumplimiento de la medicación o The Medication Adherence Report Scale (MARS)<sup>37,38</sup>.

En la farmacia comunitaria, por su utilidad y por su frecuencia de uso, se puede destacar el Test de Morisky-Green y el Test de Haynes, siendo este último el que se va utilizar en el presente proyecto de adherencia:

- Cuestionario de Morisky-Green pretende valorar si el enfermo "adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica" de su enfermedad, asumiendo que si esas decisiones son correctas el enfermo es adherente a la medicación. Se ha aplicado en numerosas patologías, aunque es de baja sensibilidad y no es útil en prescripciones "a demanda", como dolor, alergias, etc., en los que el paciente deja de tomarlos por estar mejor.

- *"¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?"*
- *"¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?"*
- *"Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?"*
- *"Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?"*

*Se considera adherente si responde correctamente a las 4 preguntas: No/Si/No/No*

Test de Morisky-Green traducido

- Cuestionario de "comunicación del autocumplimiento" propuesto por "Haynes y Sackett". Es el más sencillo para utilizar en atención primaria y muy empleado para detectar la NA terapéutica. Entre los pacientes que dicen hacerlo bien hay un elevado número que no lo hacen; sin embargo, es un método fiable si el enfermo confiesa no ser muy adherente e incluso se ha señalado que estos no adherentes habitualmente responden de forma positiva a las medidas e intervenciones que se les proponen, si aceptan seguirlas. Al igual que el cuestionario de Morisky-Green tiene baja sensibilidad.

- *"La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar todos sus comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?"*
- *Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos: ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?"*

*Si el paciente reconoce tener dificultad en alguna de las dos preguntas se le considera no adherente*

Test de Haynes traducido

Existe una amplia bibliografía sobre las estrategias diseñadas para la mejora de la adherencia terapéutica relacionadas con las causas por las que los pacientes no toman correctamente la medicación y que podemos agrupar en las siguientes categorías<sup>23, 36,39-43</sup>:

- *Técnicas*: normalmente dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación controlada o reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.
- *Conductuales*: las más comunes proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (a través de llamadas telefónicas, mensajes postales o correo electrónico), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación como el sistema personalizado de dosificación (SPD)<sup>44</sup>. Otra clase de intervención consiste en monitorizar la toma de medicación por medio de calendarios de cumplimiento donde se anota que se ha tomado la medicación, recordatorios telefónicos, ofrecer recompensas en caso de adherencia terapéutica, etc. También son útiles los Tratamiento con Observación Directa (TOD). El método TOD consiste en asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico mediante la intervención de una tercera persona que observa directamente la toma de la medicación por parte del paciente en una pauta terapéutica intermitente de dos o tres veces por semana<sup>45</sup>.
- *Educativas*: aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia a este.
- *De apoyo social y familiar*: las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (p. ej., programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación coste-beneficio, etc.) y la implicación de la familia, los cuidadores y/o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.



- *Dirigidas al profesional sanitario, la Administración y la industria farmacéutica:* tienen como objetivo ayudar a médicos, enfermeras o farmacéuticos a mejorar la adherencia del paciente a través de programas educativos sobre técnicas de comunicación y enseñanza o estrategias conductuales. Respecto a los profesionales, normalmente se basan en recordar al profesional sanitario la necesidad de abordar medidas preventivas con los pacientes<sup>46</sup>. En lo que respecta a la industria, las intervenciones deben ir dirigidas a la investigación y el desarrollo de formulaciones alternativas que permitan simplificar la posología o facilitar la administración de medicamentos, así como medidas para mejorar la gestión desde la Administración pública. Para mejorar la adherencia es clave la intervención coordinada de todos los profesionales sanitarios implicados.

- *Combinadas:* realizan varias intervenciones de forma paralela. La combinación de diferentes intervenciones es considerada por la mayor parte de los autores como la mejor estrategia frente a las intervenciones aisladas<sup>23, 25, 36</sup>. Esto se afirma en función de las múltiples causas asociadas a la NA. No obstante, debe tenerse en cuenta que intervenciones complejas pueden disminuir la participación de los pacientes y no se observa mayor beneficio si se actúa en más de dos aspectos, sea cual sea la intervención.

En este sentido una revisión sistemática del impacto de la intervención del FC en la adherencia refleja que las intervenciones conjuntas técnicas y educativas como son la información al paciente en cuanto a la importancia de la adherencia, también sobre los medicamentos, sobre sus efectos adversos y la simplificación de regímenes de tratamiento son herramientas eficaces en la mejora de la adherencia<sup>47</sup>.

En cualquier caso, la decisión final sobre qué estrategia seguir debe ser individualizada, teniendo en cuenta las circunstancias que rodean a cada paciente y su patología. Es imprescindible considerar e implicar al paciente como parte activa en la selección de una u otra estrategia pues dicha acción forma parte del empoderamiento en salud del individuo<sup>48</sup>. A fin de cuentas es el paciente quien toma la decisión final de tomar o no la medicación.

Para entender los factores que influyen en la falta de adherencia<sup>1, 49, 50</sup> es necesario entender que el concepto de adherencia es más amplio que la simple toma de medicación, ya que abarca la implicación y compromiso del paciente con su enfermedad, con su tratamiento y con los profesionales sanitarios que lo rodean.

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. De hecho, se trata de un problema complejo influido por múltiples factores. La clave para abordarlo sería poder identificar cuáles son estos factores, lo que permitiría diseñar estrategias individuales para corregirlo. Según la OMS los factores que influyen en la falta de adherencia se pueden clasificar siguiendo la **Figura 3**.

### 5.1 Factores relacionados con el paciente

- Aspectos socio-demográficos del paciente: edad, género, nivel de educación, nivel de convivencia.
  - Olvidos.
  - La presencia de depresión o de trastornos cognitivos.
  - Grado de conocimiento y creencias sobre la enfermedad y el tratamiento.
- 
- La edad, género, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Sobre todo, si son ancianos y niños, en los que aspectos como la seguridad o la simplificación de los regímenes terapéuticos son clave<sup>23</sup>.

De manera general, podemos decir que los mayores tienden a los olvidos y confusión y los jóvenes a cuestionar los tratamientos. De hecho, se ha visto que existe una relación entre la edad y la adherencia de curva en forma de U, donde los jóvenes y adultos menores de 50 años y ancianos de más de 70 años muestran tasas mayores de NA<sup>51</sup>.

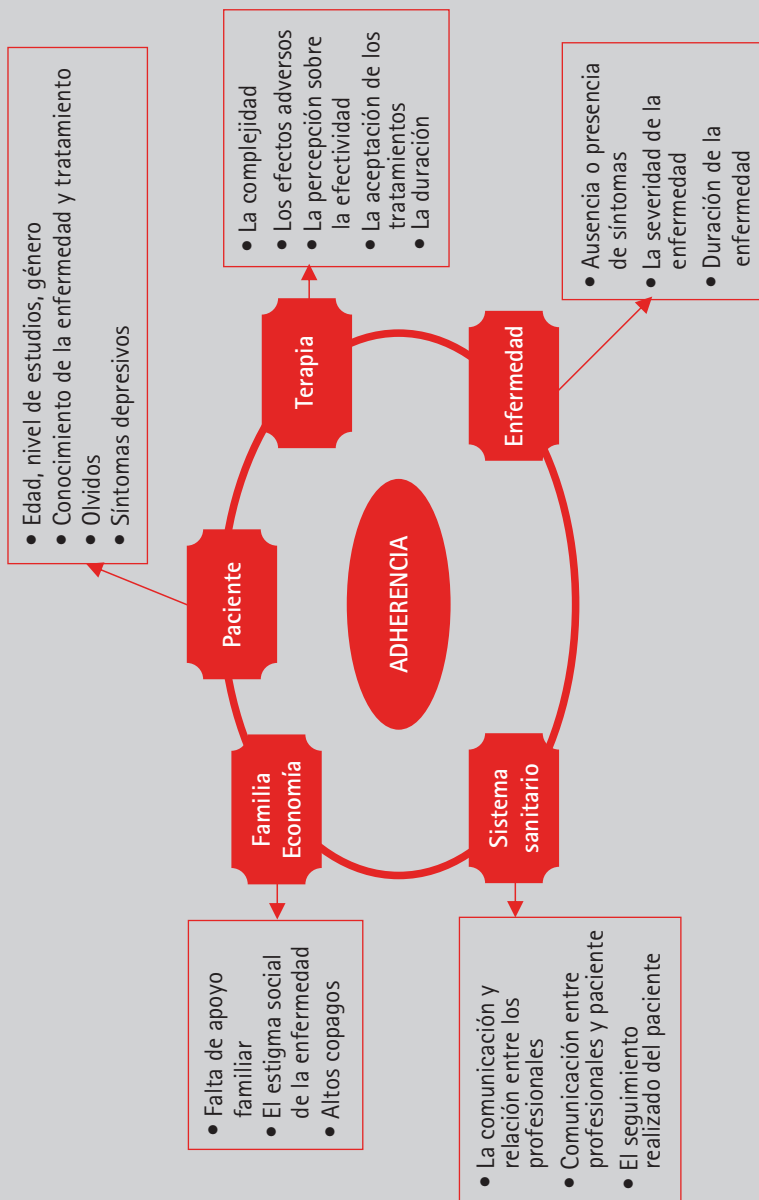


Figura 3. Principales factores que influyen en la adherencia al tratamiento. (Figura adaptada Dilla et al.<sup>23</sup>)

Los pacientes menos instruidos son más sumisos a las recomendaciones médicas que los de nivel cultural más alto, pues son más críticos. Los que viven solos son menos adherentes<sup>52</sup>. Los que menos conocimiento tienen de sus medicamentos o de su enfermedad son menos adherentes<sup>53</sup>. Las mujeres lo son más, ya que en general se responsabilizan más de la enfermedad<sup>54</sup>.

Los olvidos son, sin duda, la causa más frecuente de la NA. De hecho, entre el 22,3% y el 73,2% de los pacientes atribuyen al olvido su falta de adherencia<sup>55</sup>.

Sin embargo, la mayoría de todos estos factores socio-demográficos del paciente no son modificables por el farmacéutico y, en ocasiones, han mostrado no ser buenos predictores de la baja adherencia<sup>56</sup>.

**ACCIONES conductuales:** para evitar olvidos se puede sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación. Otras estrategias para la disminución de olvidos o errores en la toma de la medicación son el uso de pastilleros, SPD, alarmas móviles, asociar la toma de medicación con actividades cotidianas, etiquetas adhesivas con pictogramas de posología<sup>23</sup>.

- La depresión o la existencia de trastornos cognitivos como el Alzheimer son una de las principales razones para la NA<sup>57</sup>. La existencia de síntomas depresivos se asocia fuertemente a la no-adherencia a tratamientos prescritos para otras patologías, siendo los pacientes depresivos tres veces menos adherentes que los no depresivos. En España el nivel de adherencia de estos enfermos está en torno a un 28%, siendo inferior a las demás patologías<sup>49</sup>. La depresión puede afectar a la adherencia de muchas maneras: puede agravar las preocupaciones acerca de la enfermedad y su tratamiento, y aumenta la apatía de manera que reduce la capacidad del paciente de adherirse al tratamiento<sup>58</sup>.

**ACCIONES educativas, conductuales y con el profesional sanitario:** identificar estos pacientes e informarles acerca del tratamiento y la enfermedad, haciendo hincapié en la necesidad de su toma e intentando reducir sus preocupaciones. Proponerle un sistema de citas presenciales o telefónicas para incentivar su adherencia al tratamiento.

- El grado de conocimiento y las creencias del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento influyen de forma que algunos pacientes no cumplen el tratamiento debido a la creencia de que no han sido tratados correctamente o de que el medicamento

no es efectivo, o también por comprender con dificultad las explicaciones médicas relacionadas con el tratamiento. Son un factor modificable y clave en la toma de decisiones del paciente. De hecho, hay autores<sup>56, 59</sup> que apuestan por la idea de que el paciente realiza un balance entre sus creencias positivas acerca de la medicación (necesidad de tomarla) y creencias negativas de esta (preocupaciones por su toma) y el resultado de dicho balance tiene mucho más poder predictivo sobre su comportamiento que los factores socio-demográficos o clínicos. El resultado será la actitud que refiere el paciente hacia la medicación y que desde la farmacia se puede valorar y trabajar con él, para aumentar la adherencia al tratamiento.

**ACCIONES educativas:** dado que la evidencia no es concluyente, las intervenciones deben ir dirigidas a los problemas específicos detectados<sup>57,60</sup>. Se debería acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado. Hay que informar al paciente de la medicación y la enfermedad. El éxito de la intervención radicará en buena parte en que el paciente comprenda su enfermedad y el tratamiento prescrito<sup>61</sup>. Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad: formarle en la automonitorización de la presión arterial<sup>62</sup>, autodeterminación de glucosa<sup>63</sup> o colesterol en sangre.

## 5.2 Factores asociados a la terapia

- La complejidad del tratamiento.
  - La presencia de efectos adversos.
  - La percepción sobre la efectividad de los medicamentos.
  - La aceptación de los tratamientos prescritos.
  - La duración del tratamiento.
- 
- La complejidad del tratamiento: entendida como la cantidad de medicamentos por toma, conduce a la NA, a la vez que produce un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. De hecho, una revisión sistemática ha demostrado que existe una relación inversa entre el número de dosis prescritas y la adherencia, siendo significativamente superior para regímenes 1 dosis/24 h vs 1 dosis/8 h y 1 dosis/12 h vs 1 dosis/6 h<sup>64</sup>.

**ACCIONES técnicas, conductuales y dirigidas a los profesionales:** para llevar a cabo la simplificación del tratamiento es imprescindible la comunicación con el médico con el objetivo de sugerirle combinaciones de fármacos, dosis menos frecuentes, fórmulas de liberación controlada... Estrategias que podrían aumentar la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos<sup>65</sup>.

- La presencia de efectos adversos: la interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es otra de las causas más comunes de la NA. Estos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación<sup>36</sup>.

**ACCIONES educativas y dirigidas al profesional sanitario:** si el problema son los efectos adversos<sup>23,66,67</sup>:

- Discutir con el paciente sobre el balance beneficio/riesgo de la medicación y sus efectos adversos a corto y largo plazo.
  - Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración o, incluso, el añadir otro medicamento que disminuya los efectos secundarios más molestos. Contactar con su médico en los casos necesarios.
- La percepción sobre la efectividad de los tratamientos: es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si no observa un resultado beneficioso derivado de su utilización a corto plazo. En trastornos como la depresión, en la que se comienzan a observar los beneficios tras un periodo más o menos prolongado después de tomar la medicación, se ha observado que sólo de un 25 a un 50% de los pacientes siguen las recomendaciones de las guías clínicas en cuanto a la duración apropiada del tratamiento<sup>66</sup>.

**ACCIONES educativas:** proporcionar información objetiva acerca del tratamiento, su duración y aparición de efectos beneficiosos y adversos. Incluso establecer un sistema de citas a lo largo de los primeros meses del tratamiento para discutir con el paciente sobre su efectividad y conveniencia.

- Aceptación y flexibilidad del tratamiento: van a depender de su forma farmacéutica y características organolépticas (importante sobre todo en niños y adolescentes) y de su farmacodinamia y farmacocinética (en cuanto a su interacción con alimentos o con otros fármacos). Estos factores van a condicionar los requisitos específicos de

su administración y el que el paciente pueda o no introducir la toma del tratamiento dentro de sus rutinas diarias<sup>68</sup>.

**ACCIONES dirigidas al profesional sanitario:** será función nuestra el recomendar al médico de atención primaria (MAP), en algunos casos, modificar la hora de las tomas de forma que sean más eficaces y a la vez que interfieran lo mínimo posible en el día a día del paciente. Un ejemplo de ello es la cronoterapia, que supone realizar una terapia ajustada a los ritmos biológicos o, dicho de otra manera, coordinar los ritmos biológicos con el tratamiento<sup>69</sup>. En esencia se plantea que los fármacos pueden tener efectos diferentes según la hora a la que son administrados, lo que supondría la liberación de cantidades del fármaco a lo largo de 24 horas, pero teniendo en consideración la presentación circadiana de la enfermedad o de los síntomas de la misma. Este abordaje cobra especial importancia en aquellas patologías cuya presentación sigue ritmos que pueden ser influenciados y siempre que exista evidencia científica.

- Por último, otros factores a tener en cuenta serían la duración del tratamiento (estando fuertemente asociada la baja adherencia a la cronicidad), la existencia de fracasos previos al tratamiento y los cambios frecuentes de tratamiento. En este sentido acaba de publicarse el primer trabajo que demuestra que cambios en el aspecto de los comprimidos se asocian a una disminución en la adherencia al tratamiento antihipertensivo, así como a un menor control de la presión arterial (PA)<sup>70</sup>.

### 5.3 Factores relacionados con el estado de la enfermedad

- Ausencia o presencia de síntomas.
- La severidad de la enfermedad.
- Duración de la enfermedad.

Se observa que para aquellos pacientes diagnosticados con una sola enfermedad los niveles de NA son significativamente superiores (54%) en comparación con los pacientes con dos o más enfermedades<sup>49</sup>.

Las expectativas y experiencias propias del paciente sobre su enfermedad y sus síntomas influyen en su percepción sobre la necesidad de la medicación y la posterior evaluación de cómo está funcionando el tratamiento. Por un lado, la presencia de

síntomas son un estímulo positivo para el uso de la medicación, ya que actúan como recordatorio de su toma y refuerzan su percepción de necesidad. Por otro lado, si los síntomas no son muy severos, pueden provocar una percepción falsa de que la enfermedad es más benigna de lo que realmente es, originando dudas acerca de la toma continua/crónica de la medicación. De hecho, se ha visto que los pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas, como la diabetes o la hipertensión, son menos adherentes pues no crean conciencia de la enfermedad. Y, por el contrario, las enfermedades agudas con síntomas de dolor dan lugar a una mayor tasa de adherencia<sup>54,64</sup>.

Pero el efecto de los síntomas es más complejo y otras veces son percibidos por los pacientes como efectos adversos del tratamiento o, incluso, como una evidencia de que el tratamiento no funciona, aumentando su preocupación por la toma de la medicación<sup>71</sup>.

Los pacientes que para mejorar su enfermedad deban cambiar hábitos de vida son menos adherentes.

Por otra parte, algunas enfermedades son más difíciles de asumir o aceptar por el paciente que otras (como SIDA, asma, cáncer, esquizofrenia...) y esto condiciona el grado de adherencia ya que, si el paciente no acepta la enfermedad, difícilmente aceptará su tratamiento o lo percibirá como algo estigmatizante<sup>68</sup>.

Tiene especial relevancia el tratamiento de las enfermedades infecciosas, debido al problema de la aparición de resistencias que pueden convertirse en un problema de salud pública. Por ejemplo, NA a la terapia antirretroviral en SIDA<sup>23</sup>.

**ACCIONES educativas, conductuales y apoyo social:** informar al paciente de la medicación y gravedad de la enfermedad, haciendo hincapié en la descripción de su sintomatología y en las posibles reacciones adversas del tratamiento, tratando de que el paciente sea capaz de identificarlas. En el caso de enfermedades crónicas es muy importante transmitir al paciente que la "enfermedad no se cura y que los tratamientos van a ser de por vida". Hay que hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad: formarle en la automonitorización de la presión arterial<sup>62</sup>, autodeterminación de glucosa<sup>63</sup> o colesterol en sangre.



## 5.4 Factores relacionados con el personal y el sistema sanitario

- La comunicación y relación entre los profesionales.
- Comunicación con el paciente.
- El seguimiento realizado del paciente.

La falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico. En algunos casos, sobre todo en enfermedades crónicas, es necesario monitorizar periódicamente al paciente para garantizar el éxito del tratamiento.

La confianza con el médico<sup>72</sup> es importante, aunque las actuaciones deben ser multidimensionales.

La comunicación entre profesionales sanitarios es clave para el paciente (FC-MAP)<sup>73,74</sup> y debería existir concordancia entre el médico y el farmacéutico, ya que frecuentemente comparten los mismos pacientes y las recetas electrónicas los vinculan, por lo que el canal de comunicación que se establece es una gran oportunidad en la posible mejora de la adherencia al tratamiento. Varios meta-análisis refuerzan que la integración del farmacéutico en el canal sanitario mejora la evolución clínica de los pacientes con HTA, diabetes y la intervención del FC en trastornos mentales como la depresión puede mejorar la adherencia a los tratamientos antidepresivos<sup>75</sup>.

**ACCIONES dirigidas a profesional sanitario–mejorar las relaciones MAP-FC en beneficio del paciente:** con sesiones clínicas y canales de comunicación establecidos, ya que se ha visto el efecto negativo en la adherencia de que todos los sanitarios alrededor del paciente no le den el mismo mensaje<sup>54</sup>. La coordinación es importante para asegurar la eficacia de la acción.

## 5.5 Factores socio-económicos

- Apoyo familiar.
- Estigma social de la enfermedad.
- La cobertura sanitaria, altos copagos o la situación laboral.

Factores como el apoyo social y emocional, un entorno familiar cohesionado y no vivir solo han demostrado incrementar las tasas de adherencia, mientras que los conflictos familiares las disminuyen<sup>54, 76</sup>.

El incremento en el precio de los fármacos, así como el aumento del copago de los medicamentos financiados públicamente origina un incremento en el gasto en medicamentos para el paciente y, por lo tanto, puede constituir una barrera para la adherencia terapéutica<sup>54,77</sup>. En España, y asociado a la existencia de un sistema sanitario público, el clima socioeconómico no es tan relevante como en otros países donde los altos copagos a menudo sí que limitan la adherencia de los pacientes.

Las características de la estructura sanitaria, condicionadas por los continuos cambios de médico y los diferentes profesionales sanitarios que atienden al paciente, así como la burocracia del sistema sanitario y las dificultades de acceso al sistema también influyen negativamente en el cumplimiento<sup>52</sup>.

**ACCIONES de apoyo social y al profesional sanitario:** es necesario preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema y considerar opciones para reducirlo<sup>60</sup>.

De todos los factores anteriormente mencionados, algunos de ellos han sido identificados como claves y predictores de una baja adherencia a la medicación. Estos son: falta de conocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico y de las consecuencias de la NA por parte del paciente; falta de una relación adecuada entre el paciente y el médico, complejidad y larga duración del tratamiento, enfermedad asintomática, inadecuado seguimiento o falta de un plan elaborado sobre el abandono de la medicación; presencia de efectos adversos, coste de la medicación y/o copago, no acudir a las citas médicas, presencia de problemas psicológicos como depresión o ansiedad, creencias y percepciones del paciente sobre la medicación y presencia de dificultades cognitivas<sup>78</sup>. La **Tabla 2** muestra la relación entre causas del incumplimiento terapéutico y las principales estrategias dirigidas a mejorar la adherencia<sup>23</sup>.

Tabla 2. Relación entre causas de la NA y estrategias para mejorar la adherencia

Causas de la NA	Estrategias para mejorar la adherencia				
	1	2	3	4	5
Factores relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas					
Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento					
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento					
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas					
Olvido o falta de motivación					
Barreras de acceso					
Factores relacionados con el tratamiento					
Efectos secundarios					
Características de la medicación (farmacocinética, farmacodinamia, características organolépticas, formas farmacéuticas, etc.)					
Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.)					
Coste/copago de la medicación					
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica					
Enfermedad aguda					
Enfermedades poco sintomáticas					
Factores relacionados con el profesional sanitario					
Forma de comunicación y contenido de la información					
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					

1: Técnicas. 2: Conductuales. 3: Educativas. 4: Apoyo social. 5: Dirigidas a profesionales, Administración e industria.

La mayoría de autores se refiere a la adherencia como una variable dicotómica y se clasifica a los pacientes como adherentes o no adherentes. Sin embargo, teniendo en cuenta que los pacientes pueden ser adherentes a unos aspectos de su tratamiento y a otros no, en ocasiones puede resultar más interesante una **aproximación cuantitativa** a la adherencia y hablar de grados de adherencia y de pacientes *totalmente adherentes, parcialmente adherentes y predominantemente no adherentes*<sup>79</sup>.

Existen **otras aproximaciones cognitivas y no cuantitativas** de la adherencia que han ido clasificando a los pacientes según diversas tipologías. En la **Tabla 3** se hace un repaso cronológico de las distintas clasificaciones de pacientes que se han publicado en la literatura científica.

Todas las clasificaciones tratan de relacionar factores psicológicos del paciente con su capacidad de autogestión de la enfermedad, según diferentes modelos psicológicos. De todos ellos destaca el *modelo de la auto-regulación de Leventhal*<sup>80</sup>, según el cual los pacientes organizan su conocimiento y creencias de la enfermedad según cinco aspectos o atributos:

1. Identidad o síntomas: incluye la experiencia personal sobre la enfermedad y cómo la vive el paciente.
2. Consecuencias: repercusiones esperadas y potenciales de la enfermedad.
3. Cronograma de la evolución temporal de la enfermedad (aguda, crónica, estable, cíclica).
4. Causa: percepción de la variación de la enfermedad respecto de otros eventos importantes para el paciente.
5. Control sobre la enfermedad o cura: severidad de la enfermedad y la medida en la que puede ser remediada.

Estos cinco atributos integran un modelo mental que es capaz de predecir comportamientos de salud, como la adherencia terapéutica. De hecho, esta teoría ha sentado las bases para que **Horne y Weinman**<sup>59</sup> desarrollaran su *Marco de la Necesidad-Preocupación* donde los pacientes realizan un balance beneficio/riesgo sobre la

Tabla 3. Clasificación cronológica de tipos de pacientes

	Pacientes adherentes	Pacientes no adherentes
<i>Koocher et al 1990</i> <sup>81</sup>		Con <b>conocimientos inadecuados</b>
		Con <b>resistencia psicosocial</b> : poseen falta de autonomía, negación y rechazo de su situación, situación familiar caótica, depresión...
		<b>Educados no adherentes</b> : entienden la prescripción y las consecuencias de la enfermedad y escogen ser no adherentes
<i>Lask et al 1994</i> <sup>79</sup>		<b>Rehusadores</b> : no quieren/necesitan el tratamiento y lo consideran peor que los síntomas de la enfermedad
		<b>Indecisos</b> : dicen que serán más adherentes en el futuro, confiesan que ocasionalmente son no adherentes
		<b>Denegadores</b> : no confiesan que no son adherentes incluso cuando es muy evidente
<i>Pound et al 2005</i> <sup>68</sup>	<b>Aceptadores pasivos</b> de la prescripción que consideran al médico como experto y no lo cuestionan	<b>Rechazadores pasivos</b> de la prescripción
	<b>Aceptadores activos</b> : tras evaluar y valorar la prescripción, deciden tomarla tal cual se le prescribió	
	<b>Modificadores activos</b> : tras evaluar y valorar la prescripción, deciden tomarla pero modificándola	
		<b>Rechazadores activos</b> tras evaluar y valorar la prescripción, deciden no tomarla

Tabla 3 (Continuación). Clasificación cronológica de tipos de pacientes

	Pacientes adherentes	Pacientes no adherentes
<i>Bader et al 2006</i> <sup>82</sup>	<b>Adherentes tradicionales:</b> modelo paternalista de salud. No cuestionan el tratamiento. Son: Indiferentes (toman el tratamiento como se les ha prescrito, pero se desprecupan por su situación). Fieles (obedientes a las órdenes médicas). Ansiosos (su estado emocional los inhabilita a analizar racionalmente su situación).	<b>No adherentes tradicionales:</b> modelo paternalista de salud. Rehúsan al tratamiento sin cuestionarlo. Tienen bajo soporte social, mala relación con el médico y carecen de rutinas
	<b>Adherentes críticos:</b> tras un proceso de decisión compartida con el médico elige tomar el tratamiento. Son pacientes con buen soporte social, buena relación con el médico y con rutinas diarias.	<b>No adherentes críticos:</b> tras una decisión compartida con el médico eligen no tomar el tratamiento. Son pacientes con soporte social suficiente, mala relación con el médico y carecen de rutinas
<i>Aikens et al 2005</i> <sup>83</sup> <i>Mann et al 2009</i> <sup>86</sup>	<b>Ambivalentes:</b> sienten una elevada necesidad de tomar el tratamiento, pero también una gran preocupación (64% adherentes)	<b>Escépticos:</b> sienten baja necesidad de tomar el tratamiento y muchas preocupaciones por su toma (78% no adherentes).
	<b>Indiferentes:</b> sienten poca necesidad de tomar el tratamiento y también pocas preocupaciones por su toma (75% adherentes)	
	<b>Aceptadores:</b> sienten una gran necesidad por la toma del tratamiento, y su preocupación por la misma es baja (83% adherentes)	
Encuesta de adherencia terapéutica en España 2016 <sup>11</sup>	Clásicos	Dependientes
	Responsables (modélicos)	Críticos
		Inconscientes (absolutos)

necesidad de tomar la medicación para mantener su salud y sus preocupaciones sobre los efectos secundarios de su toma. Esta es una de las teorías más aceptadas en la actualidad en el manejo de la adherencia terapéutica.

Por último, recientemente en España se ha realizado una **encuesta telefónica**<sup>11</sup> a 1.400 pacientes crónicos y mediante la aplicación de un análisis multivariable se han clasificado a los pacientes, de acuerdo a su perfil socio-demográfico y a su nivel de adherencia. El resultado ha sido la obtención de tres perfiles de pacientes-tipo no adherentes (dependientes, críticos e inconscientes) y dos perfiles de pacientes-tipo adherentes (clásicos y responsables).

En el presente trabajo se ha adoptado la clasificación que aparece en la **Tabla 4** basada en los perfiles obtenidos de la encuesta, aunque matizados según la actitud del paciente hacia su medicación y enfermedad.

*Tabla 4. Clasificación de los perfiles de pacientes no adherentes*

Pacientes adherentes	Pacientes no adherentes
Clásicos	Confundidos
Modélicos	Desconfiados
	Que banalizan

### **6.1 Paciente no adherente confundido (dependiente)**

Según la encuesta de adherencia terapéutica en España 2016, son pacientes mayores (>65 años) que a menudo viven solos y a los que la complejidad del tratamiento y la **confusión** asociada les impide ser adherentes con el mismo. **El paciente confundido** suele ser un paciente agobiado por un tratamiento complejo, bien por el número de fármacos, como por la complejidad en la forma de uso de los mismos. La mayoría son pacientes pluripatológicos, polimedicados y crónicos. Su confusión ante la medicación le lleva a ser un paciente dependiente. Esta categoría responde a uno de los principales factores de riesgos asociados a la falta de adherencia. Podríamos asimilarlos a los pacientes con conocimientos inadecuados descrita por Koocher<sup>81</sup>.

## 6.2 Paciente no adherente desconfiado (crítico)

Se trata de adultos jóvenes (<45 años) en los que la falta de confianza en el profesional prevalece sobre su capacidad de autogestión<sup>56, 11</sup>. Se trata de pacientes en los que, a pesar de ser conscientes de la importancia de la adherencia a los tratamientos, la carencia de una buena relación con el profesional condiciona la adherencia a los mismos. El **paciente desconfiado** suele ser exigente con su médico y tratamiento. Se instruye por sí mismo<sup>84</sup> y suele ser un **paciente crítico**, incluso con el precio del medicamento, bien por no tener dinero o no estar de acuerdo con el sistema.

Dentro de este grupo se englobaría el perfil de **paciente rechazador pasivo o escéptico** que rechaza el medicamento por sus creencias y también el **paciente modificador activo** de Pound<sup>68</sup>. Asimismo, podría englobar al **paciente no adherente crítico** de Bader<sup>82</sup>. Y también podría abarcar a los pacientes escépticos y ambivalentes no adherentes de Aikens<sup>83</sup> y Mann<sup>56</sup>, ambos con una elevada preocupación por los efectos adversos del tratamiento.

## 6.3 Paciente no adherente que banaliza (absoluto, inconsciente)

Son pacientes menores de 45 años, con una formación media-alta, que padecen sólo una enfermedad, reciben únicamente un tratamiento y que cuentan con el apoyo familiar<sup>56, 11</sup>.

La falta de compromiso con su enfermedad y el tratamiento representa la principal barrera para la adherencia. Son pacientes que no están concienciados de su enfermedad y, por lo tanto, son poco constantes y caprichosos. La **banalización del problema** y el cuestionamiento de los tratamientos conducen a estos pacientes a seguir malos hábitos de salud y a modificar a su antojo las recomendaciones de los profesionales sanitarios.

Dentro de este grupo se englobaría el perfil de **paciente indiferente**, según Mann<sup>56</sup>, con poca percepción de necesidad del medicamento y también poca preocupación por los efectos adversos.



## 6.4 Paciente adherente clásico

Esta categoría agrupa a aquellos pacientes que son adherentes con el tratamiento, pero realmente no entienden por qué. Según la encuesta de salud<sup>11</sup>, son generalmente varones mayores (>65 años) en los que se observan buenos niveles de adherencia y buenos hábitos de vida.

Se corresponden con los pacientes aceptadores pasivos de Pound<sup>68</sup> y con los adherentes tradicionales de Bader<sup>82</sup>, los cuales adoptan un rol pasivo dentro del modelo paternalista médico-paciente, lo que condiciona su adherencia.

## 6.5 Paciente adherente modélico

Según la encuesta, se trata fundamentalmente de pacientes que viven en hogares numerosos y tienen buenos hábitos de salud<sup>11</sup>. En relación a la adherencia, su actitud colaborativa y activa determina, junto a su constancia y rigurosidad, los altos niveles de adherencia, por lo que no es necesario desarrollar acciones específicas para este grupo de pacientes. Es importante que sigan manteniendo esta actitud frente a su medicación por lo que el FC puede influir con estrategias de seguimiento y motivacionales e, incluso, servir de espejo participando en acciones comunitarias de mejora de la adherencia terapéutica<sup>84</sup>. Estos pacientes se corresponden plenamente con los pacientes aceptadores activos de Pound<sup>68</sup>, los adherentes críticos de Bader<sup>82</sup> y los aceptadores de Aikens<sup>83</sup> y Mann<sup>56</sup>.

Identificar las barreras que se oponen a la adherencia al tratamiento por parte del paciente es el primer paso para determinar qué intervenciones son las más adecuadas para mejorarla. Para lograrlo, es fundamental que exista una buena comunicación entre el paciente y el FC. Los pacientes deben sentirse cómodos para poder preguntar al FC sus dudas o preocupaciones sobre la medicación. El FC debe llegar a comprender las razones por las cuales el paciente no está tomando de manera adecuada la medicación. Es muy importante la calidad de la comunicación con el paciente, cuidando la empatía, las preguntas y, sobre todo, escuchando lo que dice. El FC debe conocer el punto de vista que tiene el paciente sobre su tratamiento: qué les preocupa, qué dificultades encuentran en su toma, cuáles son sus necesidades y creencias al respecto. En la **Tabla 5** se han resumido los puntos principales de la comunicación con el paciente de la Guía Clínica 2009 del NICE sobre adherencia terapéutica<sup>66</sup>.

La herramienta más utilizada actualmente para evaluar las creencias del paciente acerca de su medicación es el cuestionario BMQ de Horne y Weinman<sup>59</sup> (the Beliefs about Medicines Questionnaire). Su validez para explicar la adherencia al tratamiento ha sido contrastada en multitud de estudios pero, sin embargo, para el FC no es una herramienta válida, ya que es demasiado compleja. Consta de dos cuestionarios, el BMQ-General (sobre las creencias del paciente respecto a la medicación en general, formado por 8 preguntas) y el BMQ-Específico (sobre las creencias del paciente acerca de la medicación prescrita por su médico, formado por 10 preguntas). La extensión de estos cuestionarios los hacen inviables para su uso en el mostrador de la farmacia en el contexto de una dispensación habitual.

*Tabla 5. Puntos clave de la comunicación con el paciente*

Puntos clave de la comunicación con el paciente
1. Establecer en cada caso la vía de comunicación más adecuada con el paciente. Valorar el empleo de dibujos, símbolos e incluso idiomas diferentes
2. Animar a los pacientes a hacer preguntas sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo sus preocupaciones sobre efectos secundarios y dependencia al tratamiento
3. Utilizar preguntas abiertas
4. Ser consciente de que el paciente puede desear reducir las dosis del medicamento y discutir sobre: las repercusiones de no tomarlo, otras alternativas no farmacológicas, cómo realizar la disminución gradual de dosis (en el caso de medicamentos que provocan síndrome de abstinencia) y sobre qué medicamento priorizar la toma (en el caso de pacientes polimedicados)
5. Dar la oportunidad al paciente de implicarse en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Esta implicación conlleva el derecho del paciente de abandonar el tratamiento y debemos aceptarlo
6. Evaluar la adherencia de forma no crítica con el paciente
7. Asumir que los pacientes pueden tener un punto de vista diferente al nuestro respecto del balance beneficio/riesgo y efectos secundarios
8. Ser conscientes de que no hay ninguna recomendación específica que valga para todos los pacientes. Las acciones para mejorar la adherencia deben ser evaluadas y diseñadas a medida de cada paciente
9. Revisar periódicamente con el paciente sus conocimientos, comprensión y preocupaciones sobre sus medicamentos, pues varían con el tiempo

Sin embargo a través de una breve entrevista durante la dispensación el FC puede recoger la información suficiente del paciente para identificar las barreras a su adherencia. De hecho, algunos estudios consideran esta **pequeña entrevista durante la dispensación** como el proceso clave en la identificación de pacientes no adherentes<sup>85,86, 87,88</sup>.

Cuando el paciente acude a la farmacia a retirar sus prescripciones, en ocasiones puede rechazar alguno de los medicamentos prescritos. Ante la pregunta del farmacéutico dispensador del porqué del rechazo, existe un amplio repertorio de posibles respuestas, pero que según la bibliografía<sup>89</sup> se pueden tipificar en las que aparecen en la **Tabla 6**.

Detrás de cada uno de los puntos de vista del paciente, subyace una actitud frente a la medicación que depende de los factores antes citados en el punto 5 como determinantes de la falta de adherencia y que pueden estar relacionados con el propio paciente, la terapia, la enfermedad, el sistema sanitario o con otros factores socio-económicos que lo rodean.

*Tabla 6. Puntos de vista del paciente*

Punto de vista del paciente	Actitud subyacente
"Se me olvida y me importa" "Se me olvida y no me importa"	Olvidos voluntarios e involuntarios
"Me sienta mal"	No tolerancia a los efectos secundarios
"Es caro"	Bajos recursos económicos
"Me asusta el prospecto" "Demasiado fuerte" "Seré esclavo de la pastilla"	Falta de información y miedo a efectos adversos
"No sé usarlo"	Falta de información Regímenes complejos de dosificación
"Ya tomo muchos"	Paciente pluripatológico/polimedicado
"No lo necesito" "No estoy enfermo"	Negación de la condición médica
"No creo que me funcione" "No creo en el medicamento"	Creencias culturales o religiosas
"No me siento capaz" "Estoy deprimido, cansado, apenado..."	Síntomas depresivos

## Intervenciones realizadas en la mejora de la adherencia

Se ha realizado una profunda búsqueda de estudios actuales que hayan medido intervenciones para la mejora de la adherencia desde AP, hospital y en concreto desde la farmacia.

### Intervenciones de adherencia en la farmacia a nivel internacional:

La revisión de la medicación y de la adherencia por parte del farmacéutico es una intervención que se realiza en diversos países como Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Canadá y Nueva Zelanda. Varias revisiones sistemáticas (RS) concluyeron que la intervención del FC puede mejorar la adherencia a los tratamientos<sup>43,90,91</sup>. Las intervenciones educativas con soporte continuo a los hábitos del paciente, manteniendo el contacto durante semanas o meses, han mostrado resultados positivos en un mayor número de estudios, principalmente en enfermedades como la hipertensión, la hiperlipidemia, el infarto de miocardio o la insuficiencia cardíaca. Esto es un punto clave en los pacientes crónicos, pues la adhesión a los medicamentos disminuye con el tiempo como concluye una RS realizada por farmacéuticos hospitalarios, farmacéuticos de AP y FC<sup>25</sup>.

La bibliografía encontrada muestra limitaciones, ya que la mayoría de intervenciones descritas para mejorar la adherencia en estudios con bajo sesgo eran complejas y la mayoría de estudios están enfocados a una enfermedad concreta como se muestran en la **Tabla 7** de intervenciones del FC con impacto positivo, por lo que es difícil su implementación en la práctica diaria. La investigación en este campo necesita avances, incluyendo el diseño mejorado de intervenciones factibles a largo plazo, medidas objetivas de adherencia y suficiente poder estadístico para detectar mejoras en los resultados clínicos importantes para el paciente<sup>35,36</sup>.

Es de destacar que los servicios farmacéuticos, la mayoría de los cuales están implementados en el Reino Unido, han demostrado ser un recurso potencial para mejorar la adherencia a los tratamientos. Se pueden consultar estos servicios en la **Tabla 8**.

Tabla 7. Intervenciones farmacéuticas en algunas patologías con impacto pasivo

Fármacos/Enfermedad	Intervenciones farmacéuticas con impacto positivo en adherencia
Antidepresivos <sup>98</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación y consejo sobre la importancia de la adherencia.</li> <li>• Monitorización de fármacos y sus reacciones.</li> <li>• Seguimiento telefónico del paciente.</li> </ul>
Antihipertensivos <sup>62</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento mediante cuantificación de pastillas en el envase.</li> <li>• Grado de control de la presión arterial.</li> <li>• Conocimiento sobre la medicación.</li> <li>• Test de Morisky-Green.</li> <li>• Respuesta "sí" o "no" a la pregunta "¿crees que tomas la medicación como te prescribió tu médico de cabecera en el último mes?"</li> </ul>
Fármacos para la diabetes <sup>99</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Meeting</i> telefónico, presencial semanal, llamada mensual de seguimiento, reunión con el FC tras la cita del médico prescriptor.</li> </ul>
Fármacos hipolipemiantes <sup>100</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento intensivo mediante llamadas telefónicas.</li> <li>• Revisión del régimen terapéutico.</li> <li>• Educación y asesoramiento relacionado en la medicación.</li> <li>• Colaboración con el médico de atención primaria.</li> <li>• Mensajes de voz telefónicos.</li> </ul>
Fármacos para la insuficiencia cardíaca crónica <sup>101</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo individualizado y repetido del FC.</li> </ul>
Fármacos para osteoporosis, enfermedad cardiovascular y asma/EPOC <sup>97</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa MeMo para mejorar la adherencia a largo plazo (se observa disminución de las exacerbaciones y del coste total de atención/paciente pero pocos cambios en términos de adherencia y/o calidad de vida).</li> </ul>

EPOC: Enfermedad Obstructiva Crónica; Nebuliser Chronolog: instrumento de registro de la fecha y el número de nebulizaciones realizadas que permite una revisión por parte del farmacéutico; Programa MeMo: sesiones estructuradas de asesoramiento con pacientes y seguimiento mensual de adherencia.

*Tabla 8. Servicios farmacéuticos potenciales de mejora en adherencia*

Servicio	Objetivo del servicio	Siglas
Revisión del Uso de Medicamentos <sup>102</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones estructuradas de pacientes polimedicados (en proceso de implementación en las farmacias comunitarias de España por la Sociedad española de Farmacia Familiar y Comunitaria).</li> </ul>	RUM
Servicio de la Nueva Medicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoya a los pacientes a los que se les ha prescrito una nueva medicación para ciertas afecciones (tres citas con el farmacéutico que se realizan cada dos semanas).</li> </ul>	SNM
Modelo basado en citas <sup>103</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de la lista completa de medicamentos.</li> <li>• Comunicación con los prescriptores.</li> <li>• Mejorar la adherencia a la medicación mediante la sincronización proactiva de las recetas, que permite a los pacientes recoger su medicación mensual de una sola vez (sincronización de medicación).</li> <li>• El farmacéutico también puede apuntar al paciente a servicios adicionales para optimizar el cuidado del paciente, incluyendo el Manejo de la Terapia de Medicación.</li> </ul>	ABM
		MTM
Servicio Pharmacy Care Plan (Pacientes polimedicados) <sup>104</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión inicial de los fármacos de manera autónoma por el paciente, contrastando la pauta farmacológica con las guías del National Institute for Health and Excellence.</li> <li>• Valoración riesgo/beneficio de toda la medicación.</li> <li>• Visita presencial posterior con el paciente para personalizar el plan de seguimiento, establecer los objetivos del paciente y su evaluación mediante escalas de medida.</li> </ul>	PCP
Servicio Universal Medication Schedule <sup>61</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan personalizado de medicación en el que a cada paciente se le elabora una hoja de plan de medicación personalizado con un apartado de "instrucciones especiales del medicamento".</li> </ul>	UMS
Sistema Personalizado de Dosificación		SPD
Servicio de plataforma electrónica AS-PIRE <sup>105</sup> (Desarrollado por Pharmacy Quality Solutions, Washington, DC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El farmacéutico puede ver un informe de las puntuaciones de adherencia de los pacientes de diversas farmacias.</li> <li>• En una segunda fase se utilizan encuestas para identificar a los pacientes en riesgo de no ser adherentes a sus medicamentos.</li> <li>• Se identifica un paciente en riesgo de NA basado en su puntaje de encuesta.</li> <li>• El farmacéutico realiza una intervención dirigida utilizando técnicas de entrevista motivacional, con la intención de identificar la causa de NA del paciente y ayudar al paciente.</li> </ul>	PQA



## Intervenciones de adherencia a nivel nacional:

A nivel de intervenciones nacionales, la mayoría de estudios se han llevado a cabo en AP. Es el caso de la reciente publicación de un resumen de revisiones sistemáticas<sup>36</sup> para evaluar la evidencia disponible sobre las intervenciones de mejora de adherencia en pacientes pluripatológicos, donde se concluyó que el cuestionario ARMS<sup>92,93</sup> parece ser el método más adecuado para medir la adherencia en estos pacientes y las intervenciones combinadas en el asesoramiento al paciente acerca de su enfermedad principal, relevancia del tratamiento y de la adherencia al mismo y las estrategias de simplificación posológica.

Es interesante destacar un estudio clínico aleatorizado<sup>94</sup> realizado en AP a 400 pacientes de las comunidades autónomas de Aragón, Madrid y Andalucía con pacientes de entre 65 y 74 años, con multimorbilidad y polimedicados, en los que se les practicó una intervención compleja basada en los principios de *Ariadne*<sup>95</sup> comparado con la atención habitual.

En un estudio realizado en España e Italia con pacientes asmáticos no controlados, los médicos de familia a través de una intervención lograron modificar o aumentar el nivel de tratamiento en el 75,8% de los pacientes y consiguieron que los pacientes iniciaran el tratamiento del asma en el 61,3% de los casos, en asociación con intervención educativa, monitoreo más cercano o consultas con neumólogos<sup>96</sup>.

Se han llevado a cabo pocos estudios en España de medición de adherencia a través de intervenciones realizadas por FC. Podemos destacar una intervención no controlada para mejorar la adherencia a los antibióticos realizada por FC en Murcia<sup>97</sup> y un estudio de cohortes retrospectivo<sup>70</sup> con una muestra aleatoria de 602 pacientes con tratamiento de ARAll para la hipertensión arterial que recogían su medicación en 40 farmacias comunitarias de Alicante. De acuerdo con la prueba de Morisky-Green, los pacientes con cambios en la medicación tenían menos probabilidades de ser adherentes que aquellos sin cambio en su tratamiento farmacológico.

Los principios de *Ariadne*, herramienta diseñada para pacientes con morbilidad enfocada a la atención centrada en el paciente, son apoyar el proceso de toma de decisiones compartidas. Sirve de hilo conductor entre el paciente y el médico. Actualmente, se están llevando a cabo dos ensayos clínicos pragmáticos en Alemania y en España. Esta herramienta describe un modelo de atención basado en una evaluación exhaustiva de enfermedades, tratamientos (e interacciones potenciales), situación clínica, contexto y preferencias de estos pacientes<sup>94</sup>.

## PROYECTO ADHe+: guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria

### 9.1 Objetivos

#### Objetivo principal

- **Reforzar** el papel del farmacéutico comunitario en la adherencia terapéutica en el servicio de dispensación.

#### Objetivos secundarios

1. Diseñar una guía rápida para la **detección** de pacientes no adherentes durante el proceso de la dispensación.
2. **Identificación** del perfil del paciente no adherente.
3. **Actuación** a través de la guía rápida para reforzar la adherencia durante la dispensación en la farmacia comunitaria.

### 9.2 Diseño del protocolo para la detección de pacientes NA

Según la definición de FORO AF-FC<sup>106</sup> de 2010, la dispensación es "el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo a la normativa vigente".

Se trata del servicio más importante de la práctica profesional diaria de la farmacia comunitaria, mediante el cual los farmacéuticos garantizan el acceso de la población a los medicamentos y productos sanitarios y proporcionan la información necesaria para que los pacientes conozcan el proceso de uso adecuado de los mismos y se detecten y corrijan posibles errores en su utilización.

Actualmente, y a pesar de que el farmacéutico comunitario no tiene acceso a la historia clínica del paciente, con la receta electrónica se dispone de mucha información, ya que permite conocer la medicación activa del paciente, la lista de medicación para dispensar ese día, las fechas de inicio y fin del tratamiento y se pueden buscar las fechas de recogida de las últimas prescripciones. Desgraciadamente no en todas las comunidades autónomas la información que aporta la receta electrónica es igual de homogénea.

Durante el servicio de dispensación, el farmacéutico debe realizar una **breve entrevista** al paciente, donde puede detectar una posible falta de adherencia tanto en la medicación que decide recoger como en la que no.

El farmacéutico es una pieza clave, pues es el último eslabón de la cadena antes de que el paciente reciba el medicamento.

### 9.2.1 Detección de paciente no adherente en la dispensación. Medicamentos que Sí recoge

El hecho de que el paciente sí recoja la medicación prescrita no significa que sea adherente. Las breves preguntas que se realizan durante el servicio de dispensación pueden ayudarnos a reforzar la adherencia o a detectar la NA.

Las preguntas más frecuentes que el farmacéutico comunitario realiza al paciente son las siguientes:

*¿Sabe para qué es? ¿Sabe cómo tomarlo? ¿Sabe cuánto tomar? ¿Sabe hasta cuándo debe de tomarlo? ¿Tiene algún problema con la medicación? ¿Lo va a tomar?*

Con ello se refuerza la información del paciente y su adherencia.

Como herramienta para detectar la NA en la medicación que el paciente sí que recoge, utilizamos el test de Haynes-Sackett<sup>37,38</sup> (ver punto 2) ya que es una herramienta ágil en dispensación y nos permite saber si la medicación que se lleva, sí que se la toma.

Habitualmente la tendencia es asumir que si un paciente retira un medicamento es porque lo está tomando de forma correcta, lo cual no es siempre cierto. Con estas preguntas breves durante la dispensación, el farmacéutico comunitario refuerza la información que tiene el paciente sobre sus medicamentos, al tiempo que detecta posibles NO adherencias (dificultades en la toma, desconocimiento de la enfermedad o tratamiento, percepciones o creencias sobre estos...). Una vez conocida esta información, el farmacéutico comunitario intervendrá de forma adecuada ofreciendo al paciente Información Personalizada sobre el Medicamento (IPM) e identificará el perfil del paciente no adherente, ofreciendo así recomendaciones de mejora.

### 9.2.2 Detección de pacientes no adherentes en la dispensación. Medicamentos que NO recoge

Cuando el paciente comenta que no quiere ciertos medicamentos que tiene prescritos para ser dispensados, el FC debe estar alerta por si se trata de un caso de NA. Ante la pregunta del farmacéutico dispensador del porqué no recoge la medicación, existe una gran posibilidad de respuestas, pero que según la bibliografía (vista en el documento) se pueden tipificar en las que aparecen en la **Tabla 9**.

Esta situación o incidencia puede deberse a:

- *Discordancias por diversos motivos con la prescripción o con las instrucciones verbales del médico*, bien porque la hoja de tratamiento no está actualizada, o porque hay instrucciones verbales por parte del médico que no coinciden con lo prescrito, medicamentos para tratamientos temporales o a demanda, en los que difícilmente coincidan en el tiempo la fecha de prescripción y la necesidad del paciente, o bien la de los medicamentos difíciles de dosificar: colirios, insulinas, etc.
- *Razones de NA*: son razones que pueden alertarnos claramente de que el paciente puede ser no adherente. Aquí contemplamos al "no iniciador del tratamiento" (ver punto 1.1.2 paciente no adherente, no iniciador).

Tabla 9. Principales incidencias que pueden conducir a la NA

Tipo de incidencia		La medicación que demanda el paciente no coincide con la disponible en la receta electrónica		
Discordancias		Cambio de dosis	<i>"El médico me cambió la dosis verbalmente"</i>	
		Cambio de tratamiento	<i>"El médico me cambió verbalmente el tratamiento"</i>	
		Anulación del tratamiento	<i>"El médico me anuló verbalmente el tratamiento"</i>	
		Tratamiento temporal	<i>"Solo lo tomo cuando tengo alergia"</i>	
		Tratamiento a demanda	<i>"Ya no tengo tanto dolor"</i>	
		Medicamento difícil de dosificar / tiempo de duración	<i>Insulinas, colirios, etc...</i>	
No adherencia	Iniciador	El paciente inició tratamiento, pero ahora no toma la medicación (voluntaria o involuntariamente) por razones distintas del apartado de discordancias.	Involuntario por olvidos	<i>"Lo olvido y me importa"</i>
		Voluntario ocasional	<i>"Lo olvido a veces y no me importa"</i>	
		Voluntario por RAM	<i>"Me sienta mal"</i>	
		Voluntario por razones económicas	<i>"No puedo pagarlo" "Es caro"</i>	
		Voluntario por miedo a los efectos adversos	<i>"Me asusta el prospecto" "A mi amigo le ha sentado mal"</i>	
		Voluntario por desconfianza	<i>"No me hace falta" "No me funciona"</i>	
		Voluntario por complejo	<i>"No sé cómo utilizarlo"</i>	
		Voluntario por polimedificado	<i>"Ya tomo muchos"</i>	
	No iniciador	El paciente decide no empezar un tratamiento nuevo prescrito por el médico		<i>"Todavía no lo he empezado" "Me esperaré a ver qué tal"</i>
	No inicia el tratamiento		<i>"Tendría que ser muy grave para tomarla" "Me han dicho que no lo tome"</i>	

El problema es que hay un número elevado de pacientes que tienen dificultades para tomar su medicación, pero no lo dicen. En los casos en los que el paciente afirma no tener dificultad con la toma de la medicación, pero aun así hay sospecha de que se trata de un paciente no adherente, el FC se fijará en su perfil sociodemográfico: género, edad, si vive solo o acompañado, cronicidad, depresión o existencia de trastornos cognitivos (ver punto 5.1).

El hecho de que el paciente cumpla los criterios sociodemográficos, no asegura que vaya a ser no adherente, pero lo sitúa estadísticamente en un grupo poblacional más probable a ello y ante un paciente que no confiesa abiertamente que es no adherente, pero que dice no querer la medicación **"porque no"**, puede dar pie a una sospecha fundamentada de NA.

### 9.3 Identificación del perfil del paciente y actuación

En este punto se trata la identificación del perfil de paciente y la actuación por parte del FC de forma conjunta en respuesta a los objetivos secundarios 2 y 3 de este proyecto.

Una vez el FC haya detectado al posible paciente no adherente, recoja o no el medicamento, haya iniciado o no el tratamiento y las causas que le llevan a ello, es el momento idóneo para valorar cuál es la actitud del paciente frente a la medicación y como consecuencia actuar de la forma más adecuada para reforzar la adherencia, teniendo en cuenta que el paciente puede tener una actitud diferente frente a cada medicamento.

#### 1. Paciente no adherente confundido (punto 6.1). Recomendaciones de mejora:

Las recomendaciones en estos pacientes durante la dispensación se centran en:

- Utilizar **medidas técnicas** encaminadas a la reducción de la complejidad del régimen terapéutico o formulas farmacéuticas que reduzcan las pautas terapéuticas y simplifiquen la dosificación (fórmulas retardadas, fórmulas que combinan varios medicamentos en una toma, utilización de SPD, conocimiento de medicamentos complejos).
- También **medidas educativas** para aumentar el conocimiento de enfermedad y medicamento, información individualizada, escrita, por teléfono, correo, citar para sesiones grupales.

- **Apoyo social**, con programas de ayuda domiciliaria y a centros socio-sanitarios si fuera necesario y terapias/consejos familiares. Derivar a otros sanitarios y realizar un correcto seguimiento.
- Son importantes los apoyos **desde la Administración**, pues se necesita una verdadera comunicación interdisciplinar para alguno de estos pacientes.

## 2. Paciente no adherente desconfiado o crítico (punto 6.2). Recomendaciones de mejora:

- En este caso es muy importante **ganarse la confianza** del paciente. La relación con él debe basarse en una comunicación buena y rigurosa, ya que la desconfianza es el origen mismo de su falta de adherencia.
- **Es importante la utilización de medidas conductuales** en los pacientes para reforzar aquellos hábitos facilitadores de la adherencia (SPD, APP, rutinas de horarios). De esta forma aprovecharemos su capacidad de autogestión.
- También hay que reforzar con acciones **educativas**, información personalizada, afianzando de esta forma la confianza en el tratamiento.
- Informar de **portales de salud** de referencia.

## 3. Paciente no adherente que banaliza o es inconsciente (punto 6.3). Recomendaciones de mejora:

- Las medidas fundamentales en estos pacientes, para aumentar su implicación, serán las **educativas personalizadas** que consigan mejorar el conocimiento de su tratamiento y de su enfermedad.
- Asesorarle sobre **medidas conductuales** que puedan mejorar su adherencia.
- Ayudar al paciente a ser consciente de su enfermedad a través de aquellas herramientas que le **ayudan en el autocontrol** de la enfermedad (glucemia, colesterol, presión arterial, escala de dolor, etc.).

Tabla 10. Tipos de actuación según el perfil de NA (adaptada de análisis EY 2016)

Perfil de paciente	Respuestas del paciente	Recomendaciones sanitarias			Recomendaciones de apoyo social
		Técnicas	Conductuales	Educativas	
Confundido	"Se me olvida" "No sé utilizarlo" "Ya tomo muchos"	x		x	x
Desconfiado	"No me hace falta" "No me funciona" "Me asusta el prospecto" "Es caro"		x	x	x
Que banaliza	"No me hace falta" "Lo olvido, pero no me importa"		x	x	

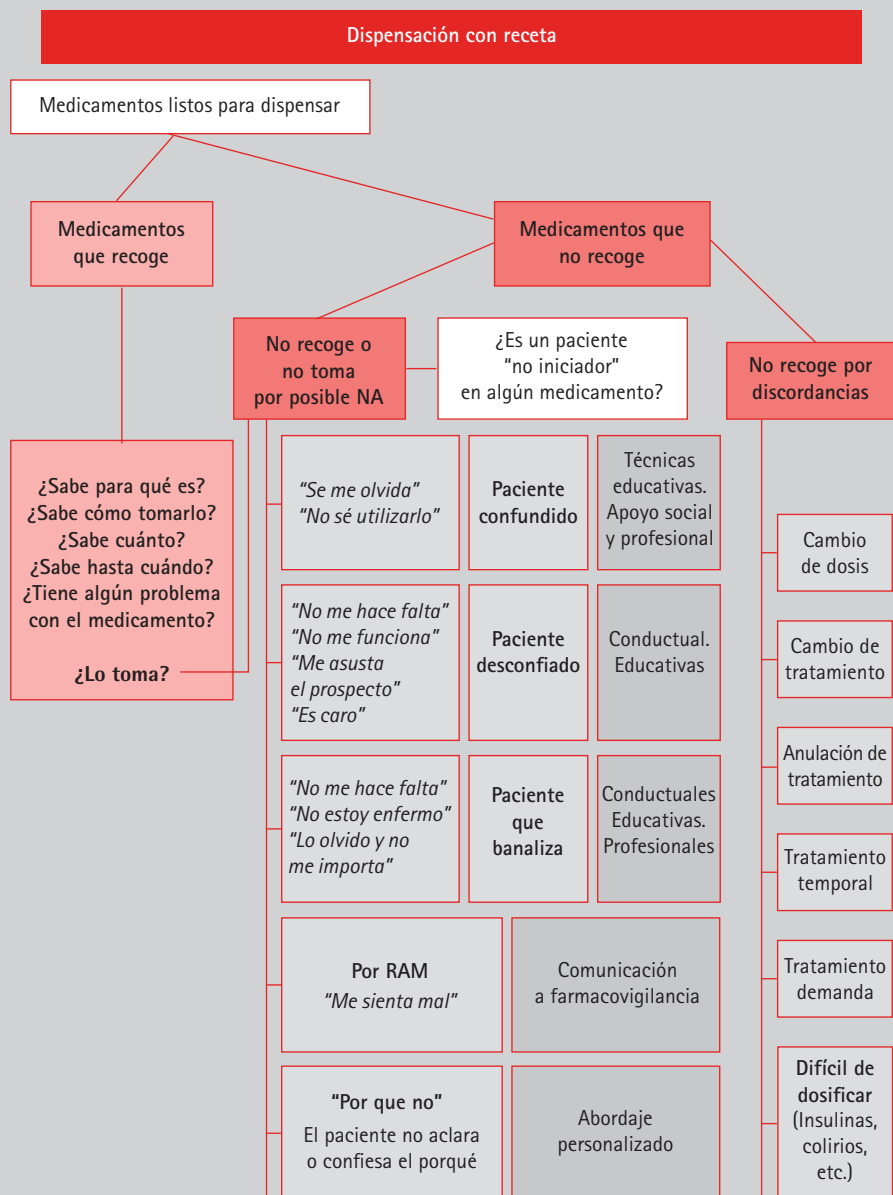
Además de estos perfiles de NA, recordemos del punto 9.2.2 que el paciente también puede ser no adherente por:

- RAM y, por tanto, deberán ser comunicadas a farmacovigilancia y derivar al médico si se considera adecuado.
- Por último, podemos detectar pacientes que dicen ser adherentes, aunque gracias a la entrevista protocolizada percibimos que pueden no serlo. Son pacientes difíciles a los que se debería dedicar más tiempo para abordarlos adecuadamente. Son pacientes que se podrían citar para otro momento (la contestación de por qué no recoge la registramos en "porque no").

Lo importante en la dispensación es conseguir **reforzar** la adherencia, **detectar** la NA del paciente a su tratamiento y **ofrecerle acciones de mejora**. Se logra realizando una entrevista con el paciente con el fin de informarse sobre los conocimientos que tiene acerca de sus medicamentos y los posibles motivos de no adherencia, ofreciendo así acciones adecuadas de mejora en cada caso.



## 9.4 Diagrama de guía rápida para la detección y mejora de la adherencia en el servicio de dispensación en la farmacia comunitaria



## Bibliografía

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action]. Ginebra: World Health Organization; 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
2. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension *Lancet*. 1976; 1(7972):1265-8
3. Bissell P, May C, Noyce P. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Soc Sci Med*. 2004; 58, 851-862
4. Marinker M. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: Royal Pharmaceutical Society; Merck, Sharp, and Dohme, 1997
5. Bissonette J.M. Adherence: a concept analysis. *J. Adv Nurs*. 2008; 63(6), 634-643. 6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04745.x>
6. Snowden A, Martin C, Mathers B & Donell A. Concordance: a concept analysis. *J. Adv. Nurs*. 2014; 70(1), 46-59. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12147>
7. Bell J.S, Airaksinen M.S, Lyles A, Chen TF & Aslani P. *Br. J. Clin. Pharmacol*. 2007. 64:5, 710-173
8. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27(8):559-68
9. Just what the doctor ordered: An EU Response to Medication Non-Adherence. 28 September 2010. Bibliothèque Solvay. Brussels
10. Aznar-Lou I, Fernández A, Gil-Girbau M, Sabés-Figuera R, Fajó-Pascual M, Peñarrúa-Maria MT et al. Impact of initial medication non-adherence on use of healthcare services and sick leave: a longitudinal study in a large primary care cohort in Spain. *Br. J. Gen. Pract*. 2017; 67(662). <https://doi.org/10.3399/bjgp17X692129>
11. Sociología y Comunicación Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. 2016. Madrid. Fundación Farmaindustria; 2016.
12. Eichler H-G, Abadie E, Breckenridge A, Flamion B, Gustafsson LL, Leufkens H, et al. Bridging the efficacy-effectiveness gap: a regulator's perspective on addressing variability of drug response. *Nat Rev Drug Discov*. 2011 Jul 1;10(7):495-506.
13. Messerli M, Blozik E, Vriends N, Hersberger KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy - a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2016 Dec 23 ;16(1):145. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27108410>
14. Rafii F, Fatemi N, Danielson E, Johansson C, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(2):159-67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24834085>

15. Horne R, Chapman SCE, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE* 2013; 8(12): e80633.
16. Rubio-Valera M. Pharmacist interventions in depressed patients [tesis doctoral] Barcelona: tesis doctorales en red; 2012. <http://www.tdx.cat/handle/10803/95993>
17. Aznar-Lou, Fernández A, Gil-Girbau M, Fajó-Pascual, Moreno-Peral P, Peñarrubia-Maria MT, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol*. Epub 2017 Jun; 83(6):1328-1340. <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.13215>
18. Gil-Girbau M, Aznar-Lou I, Peñarrubia-Maria M, Fernández A, Fajó-Pascual M, Moreno-Peral P et al. El problema de la no-iniciación del tratamiento farmacológico: resultados preliminares de un estudio cualitativo. En Libro de Ponencias: VII Congreso Nacional de Farmacéuticos comunitarios (SEFAC). Zaragoza 2016. Farmacéuticos Comunitarios. 2016 May 26; 8(Suplemento 1)
19. Bosch JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria*. 2012;44:385-6. <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencionprimaria-27/articulo/la-toma-decisiones-conjunta-medicina-90145639>
20. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Decis Making*. 2010; 30:701-11. <http://mdm.sagepub.com/content/30/6/701.full.pdf+html>
21. Informe Antares "La contribución de las tecnologías de diagnóstico y seguimiento en la gestión del paciente crónico". Barcelona. Abril, 2013
22. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España SL; 2008. ISBN: 978-84-458-1949-5
23. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten. Primaria*. 2009; 41(6):342-348
24. Conthe P, Márquez Contreras E. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro .España; 2012. [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/documento\\_consenso\\_2.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/documento_consenso_2.pdf)
25. George J, Rohan A, Elliott R.A, Stewart D.C. A Systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging*. 2008; 25(4):307-24

26. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Artc 84.1. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
27. Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernandez-Llimos F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci* 2006; 28(6):374-376
28. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro blanco. La aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid; 1997. 297p ISBN: 84-89731-13-6
29. Torres A, Fité B, Gascón P, Barau M, Guayta R, Estrada M et al. Efectividad de un programa de atención farmacéutica en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos mal controlados. *Estudio PressFarm. Hipertens riesgo vasc.* , 2010; 27:13-22
30. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ.* 2016 Mar 16;6(3):e010488. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26983948>
31. Grupo de trabajo ATDOM de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar i comunitaria. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria* 2003; 31(8):473-9
32. Olatz Ibarra. Aspectos metodológicos de la adherencia terapéutica [ppt]. Galdakao; Servicio de Farmacia HGU; 2014
33. Ruiz García E. Receta electrónica y Adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en pacientes dislipémicos [Tesis Doctoral].Granada: Editorial de la Universidad de Granada.2011
34. Baixauli Fernández V, Brizuela Rodicio LA, Murillo Fernández MD. Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora. IMC Coordinación editorial, Sefac-Esteve. Madrid. 2015. [http://www.imfarmacias.es/uploads/receta\\_electronica\\_actual\\_6939\\_14094705.pdf](http://www.imfarmacias.es/uploads/receta_electronica_actual_6939_14094705.pdf)
35. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 20;(11):CD000011. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>
36. González-Bueno J, Vega MD, Rodríguez A, Toscano MD, Pérez C, Santos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten. Primaria*, 48(2), 121-130. doi: 10.1016/j.aprim.2015.02.012. Epub 2015 Jun 9
37. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Review of the Test Used for Measuring Therapeutic Compliance in Clinical Practice. *Aten Primaria* 2008; 40:413-8.
38. E.Salt, L.Hall, A R. Peden, R. Horne; Psychometric Properties of Three Medication Adherence Scales in Patients With Rheumatoid Arthritis.*Journal of Nursing Measurement*, Volume 20, Number 1, 2012. <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.20.1.59>
39. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications *JAMA*,2002, 288, 2880-2883
40. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Efectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care.* 1998, 36, 1138-1161

41. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence *Am J Health Syst Pharm*. 2003, 60, 657-665
42. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD000011
43. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC et al. Medication Adherence Interventions: Comparative Effectiveness. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. *Ann Intern Med*. 2012, 4; 157(11):785-95
44. Conn VS, Ruppert TM, Chan KC, Dunbar-Jacob J, Pepper GA, De Geest S. Packaging interventions to increase medication adherence: systematic review and meta-analysis. *Curr Med Res Opin* . 2015 Jan 2;31(1):145-60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25333709>
45. Salar Ibáñez L, Dualde Viñeta E, Bernardeau Maestro E, García Cebrián F. Programa TOD (Tratamiento de Observación Directa) de Valencia. Implantación y experiencia iniciales. *Pharm Care Esp*. 2000; 2: 28-41
46. Marquis J, Schneider MP, Spencer B, Bugnon O, Du Pasque S. Exploring the implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: a qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36:1014-1022. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-014-9989-7>
47. Jumah KA, Qureshi NA. Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. *Patient preference and adherence*. 2012; 6:87-100. doi:10.2147/PPA.S27436
48. Organización mundial de la salud. Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS. Ginebra: OMS; 2010. En: [http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)
49. Sociología y Comunicación Plan de Adherencia al Tratamiento: Uso responsable del medicamento. MADRID. Fundación Farmaindustria; 2015. <http://www.LK.es/adherencia/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf>
50. Hilbink M, Lacroix J, Bremer-van der Heiden L, van Halteren A, Teichert M, van Lieshout J. Effectiveness of a medication-adherence tool: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17(1): 274. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1393-2>
51. Mann D, Woodard M, Muntner P, Falzon L and Kronish I. Predictors of non-adherence to statins: A systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2010; 44:1410-21. <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1P150>
52. García Jiménez E. Incumplimiento como causa de problema relacionado con medicamentos en el seguimiento farmacoterapéutico [Tesis Doctoral en internet]. Universidad de Granada. 2003. [http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/821/tesis\\_emilio.pdf](http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/821/tesis_emilio.pdf)
53. García Delgado P. Conocimiento del paciente sobre medicamentos [Tesis Doctoral. en internet]. Universidad de Granada. 2008. <https://hera.ugr.es/tesisugr/19561246.pdf>
54. Kardas P, Lewek P. and Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol*. 2013. 4, 91. doi: 10.3389/fphar.2013.00091
55. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín M, Gonzalez Jurado M et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de

- la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp* 2014; 214 (6):336-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
56. Mann D, Ponieman D, Leventhal H and Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* 2009. 32:278-284. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-009-9202-y>
  57. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000; 160:2101-7
  58. Horne R, Cri A and Kellar I. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R-D (NCCSDO) 2005; 2005
  59. Horne R, Weinman J. Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999 Dec; 47(6): 555-67
  60. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. INFAC. 2011, 19 (1): [http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v19\\_n1.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf)
  61. Kenning C, Protheroe J, Gray N, Ashcroft D and Bower P. The potential for using a Universal Medication Schedule (UMS) to improve adherence in patients taking multiple medications in the UK: a qualitative evaluation. *BMC Health Serv Res* 2015, Mar 11; 15:94 doi: 10.1186/s12913-015-0749-8
  62. Prado JC Jr, Kupek E, Mion D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *Journal of Human Hypertension* 2007. 21, 579-5842007. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jhh.1002196>
  63. Sunaert P, Willems S, Feyen L, Bastiaens H, De Maeseneer J, Jenkins L, et al. Engaging GPs in insulin therapy initiation: a qualitative study evaluating a support program in the Belgian context. *BMC Fam Pract*. 2014; 15: 144. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-144>
  64. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther*. 2001 Aug; 23(8):1296-310
  65. Papaioannou A, Kennedy CC, Dolovich L, Lau E, Adachi JD. Patient adherence to osteoporosis medications: problems, consequences and management strategies. *Drugs Aging*. 2007; 24(1):37-55
  66. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. <http://www.nice.org.uk/nicedia/live/11766/43042/43042.pdf>
  67. García Millán, Alonso Caronell L, López Puig P, Yera Alós I, Ruiz Salvador A, Blanco Hernández N. Reacciones adversas a medicamentos como causa de abandono del tratamiento farmacológico en hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009. 25 (1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000100005&lng=es)
  68. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: A synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc. Sci. Med*. 2005; 61:133-55
  69. Merino Sánchez J, Gil Guillén VF. Cronobiología, cronoterapia y riesgo vascular. *Rev Clin Esp* 2005; 205 (6):283-6. <http://dx.doi.org/10.1157/13076152>

70. Lumbreras B, López-Pintor E. Impact of changes in pill appearance in the adherence to angiotensin receptor blockers and in the blood pressure levels: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2017 Mar 30; 7(3):e012586. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012586>
71. Leventhal H, Easterling D, Coons H, Luchterhand C, Love R. *Adaptation to Chemotherapy Treatments. Women with Cancer: Psychological Perspectives*. 1986. New York: Springer Verlag 172-203. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-8671-1\\_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-8671-1_5)
72. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Mar 4;(3):CD004134 <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004134.pub3>
73. Jové AM, Fernández A, Hughes CM, Guillén-Solà, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*, 2014; 28(4): 352-357. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.898621>
74. Rubio-Valera M, Jové AM, Hugues CM, Guillen-Solà M, RoviraM, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 188. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1472-6963-12-188>
75. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, del Hoyo YL. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011 Jan; 45(1):39-48. <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1P429>. Epub 2011 Jan 4
76. DiMatteo M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med. Care* 2004; 42, 200-209.
77. Cleemput I, Kesteloot K, DeGeest S. A review of the literature on the economics of non-compliance. Room for methodological improvement. *Health Policy* 59 (2002) 65-94
78. Marquez-Contreras E. Evaluación del incumplimiento en la práctica clínica. *Hipertensión* 2008;25(5):205-13.[https://doi.org/10.1016/S0212-8241\(08\)75980-2](https://doi.org/10.1016/S0212-8241(08)75980-2)
79. Lask B. Non-adherence to treatment in cystic fibrosis. *J R Soc Med*. 1994;87 (Suppl 21):25-7
80. Leventhal, H, Diefenbach M, Leventhal EA (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163
81. Koocher GP, McGrath ML, Gudas LJ. Typologies of non-adherence in cystic fibrosis. *J Dev Behav Pediatr* 1990; 11:353-8
82. Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald M et al. An adherence typology: Coping, quality of life and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral therapy. *Med Sci Monit*, 2006; 12(12): CR493-500
83. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS and Schwenk T. L. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, 2005, 3, 23. DOI: 10.1370/afm.238.
84. Rimer BK, Glanz K. *Theory at a Glance – A Guide For Health Promotion Practice*. 2<sup>nd</sup>Ed.U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 05-3896. 2005

85. Botella Ripoll J, Sancho Monforte P, Signes Mut A, Velert Vila J, Vitoria Mulet G, A. Herrero Mascarós A et al S160/2229. Medicamentos disponibles en receta electrónica que no retira el paciente. Discrepancias con las instrucciones orales del médico. En: Libro de Ponencias: Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2242
86. Prats Mas R, Piera Villora V, Borja Prats C. Receta electrónica: ¿Por qué rechaza el paciente su medicación? VI congreso SEFAC .Malaga En: Libro de Ponencias: Farmacéuticos Comunitarios. 2014 ;6 (Supl 1)
87. Botella Ripoll J, Piera Villora V, Prats Mas R, Ripoll Feliu MD, Rodríguez Moncho MJ, Roig Sánchez I, et al. Razones de no conformidad entre la medicación disponible en receta electrónica y las necesidades del paciente En: Libro de Ponencias: Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2240
88. Baixauli VJ, Prats R, Aparicio C, Colomer V. Causas de las incidencias por no conformidad en la dispensación de la receta electrónica.VI Congreso SEFAC. Málaga. En: Libro de Ponencias: Farmacéuticos Comunitarios. 2014 ;6 (Supl 1)
89. Oyekan E, Nimalasuriya A, Martin J, Scott R, Dudl RJ, Green K. The B-SMART Appropriate Medication–Use Process: A Guide for Clinicians to Help Patients—Part 1: Barriers, Solutions, and Motivation. Perm. J. 2009. 13 (1), 62-69
90. Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. Br J Clin Pharmacol . 2014 Jan [cited 2017 May 12];77(1):102–15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594037>
91. Tordoff J, Chang SY, Norris PT. Community pharmacists' perceptions of services that benefit older people in New Zealand. Int J Clin Pharm [Internet]. 2012 Apr 11 [cited 2017 May 12]; 34(2):342–50. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22328011>
92. Gonzalez-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. Aten. Primaria. Abril 2017. In Press. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.008>
93. Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Galván Banqueri M, Marin Gil N, Nieto Martín MD, Pérez Guerrero C, et al. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. Eur J Intern Med. 2012; 23:506-12 <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2012.06.007>
94. Prados-Torres A, Cura-González I, Prados-Torres D, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, Larrañaga-Galderón A et al.Effectiveness of an intervention for improving drug prescription in primary care patients with multimorbidity and polypharmacy: study protocol of a cluster randomized clinical trial (Multi-PAP project). Implement Sci. 2017; 12: 54. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-017-0584-x>
95. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis HG et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. BMC Med. 2014, 12:223. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0223-1>
96. Magnoni MS, Latorre M, Bettoncelli G, Sanchez-Herrero MG, Lopez A, Calvo E et al. Asthma control in primary care: the results of an observational cross-sectional study in Italy and Spain. World Allergy Organ J. 2017; 10(1): 13. <https://dx.doi.org/10.1186%2F540413-017-0144-5>



97. Bernabé E, Flores M, Martínez F. Analysis of the dispensation of outpatient antibiotics in a community pharmacy at Murcia, Spain. 2145 ; 121–4004. <http://www.redalyc.org/pdf/1698/169829162006.pdf>
98. Al-Jumah KA, Qureshi NA. Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2012 [cited 2017 May 31]; 6:87–100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22346345>
99. Antoine S-L, Pieper D, Mathes T, Eikermann M. Improving the adherence of type 2 diabetes mellitus patients with pharmacy care: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Endocr Disord* . 2014. May 31]; 14(1):53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001374>
100. Deichmann RE, Morledge MD, Ulep R, Shaffer JP, Davies P, van Driel ML. A Metaanalysis of Interventions to Improve Adherence to Lipid-Lowering Medication. *Ochsner J*. 2016 [cited 2017 May 31];16(3):230–7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27660570>
101. Lowrie R, Johansson L, Forsyth P, Bryce SL, McKellar S, Fitzgerald N. Experiences of a community pharmacy service to support adherence and self-management in chronic heart failure. *Int J Clin Pharm* . 2014 Feb [cited 2017 May 12];36(1):154–62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24293306>
102. Rodgers RM, Gammie SM, Loo RL, Corlett SA, Krska J. Comparison of Pharmacist and Public Views and Experiences of Community Pharmacy Medicines-Related Services in England *Patient prefer. and adherence* 10 (2016): 1749–1758. PMC. Web. 13 Apr. 2017 <https://doi.org/10.2147/PPA.S112931>
103. Nguyen E, Sobieraj DM. The impact of appointment-based medication synchronization on medication taking behaviour and health outcomes: A systematic review. *J Clin Pharm Ther* . 2017 May 8 [cited 2017 May 12] <http://doi.wiley.com/10.1111/jcpt.12554>
104. Twigg MJ, Wright D, Kirkdale CL, Desborough JA, Thornley T. The UK Pharmacy Care Plan service: Description, recruitment and initial views on a new community pharmacy intervention. O'Connor B, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2017 May 12]; 12(4):e0174500. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28369064>
105. Bacci JL, Harriman McGrath S, Pringle JL, Maguire MA, and McGivney MS. Implementation of targeted medication adherence interventions within a community chain pharmacy practice: The Pennsylvania Project. *J. Am. Pharm. Assoc* (2003). 2014, 54(6): 584–593. Doi: 10.1331/JAPhA.2014.14034
106. Foro de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria, panel de expertos. *Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria*. Mayo 2010. Ed Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN-13: 978-84-693-1717-4





Colabora

**ESTEVE**