

Uso de medicamentos en personas mayores

El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia

2018



International
Pharmaceutical
Federation

Copyright 2018 Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

Federación Internacional Farmacéutica (FIP)
Andries Bickerweg 5
2517 JP La Haya
Países Bajos
www.fip.org

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser almacenada en un ningún sistema de recuperación o transcrita en cualquier formato o medio –electrónico, mecánico, grabación, o de otro tipo sin citar la fuente. FIP no será responsable de los daños que se produjera como resultado del uso de los datos e información de este informe. Se han adoptado todas las medidas necesarias para garantizar la exactitud de los datos y la información presentados en el presente informe..

Autores:

Michael Frommer AM, Profesor y Director Ejecutivo, Facultad de Medicina de Sídney
Parisa Aslani, Profesora de Optimización del uso de medicamentos, Facultad de Farmacia de Sídney
Timothy Chen, Profesor de Gestión de Medicamentos, Facultad de Farmacia de Sídney
David Tiller AO, Profesor de Medicina, Facultad de Medicina de Sídney

Facultad de Medicina y Salud, Universidad de Sídney

Editores:

Ema Paulino, Directora Ejecutiva Interina, FIP
Gonçalo Sousa Pinto, Gerente de Desarrollo Profesional,, FIP
Lin-Nam Wang, Gerente de Comunicaciones, FIP

Este documento ha sido traducido del inglés por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (España). En caso de divergencia entre ambos textos, prevalecerá el documento original en inglés, redactado por la Federación Internacional Farmacéutica. Los derechos de autor siguen perteneciendo a la Federación Internacional Farmacéutica

Traducción: Alberto García de Lara Cantón
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF, España)

Cita recomendada:

Federación Internacional Farmacéutica (FIP). Uso de medicamentos en personas mayores: El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia. La Haya, Federación Internacional Farmacéutica, 2018.

Imagen de la portada: © Jeff Baumgart | Shutterstock.com

Índice

Preámbulo.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen Ejecutivo.....	5
1 Introducción.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Objetivos y finalidad del presente informe.....	8
1.3 Ámbito de aplicación y definiciones.....	8
1.4 Métodos.....	9
1.5 Estructura de este informe.....	10
1.6 Referencias.....	10
2 Adherencia y no adherencia.....	11
2.1 Contexto para el uso de medicamentos en las personas mayores.....	11
2.1.1 Descripción general.....	11
2.1.2 Una secuencia de encuentros y eventos.....	11
2.1.3 Características de los pacientes de edad avanzada.....	13
2.1.4 Falta de adherencia intencional y no intencional y toma de decisiones compartida en materia de asistencia sanitaria.....	13
2.1.5 Adherencia a la medicación en estados patológicos específicos.....	14
2.2 Funciones y responsabilidades de la farmacia.....	15
2.3 Medidas de adherencia.....	16
2.4 Referencias.....	17
3 Opciones para mejorar la adherencia.....	18
3.1 Preámbulo.....	18
3.2 Iniciativas a nivel de los sistemas de salud.....	18
3.3 Educación y formación de los profesionales de la salud.....	19
3.4 Asesoramiento y educación de los pacientes y sus cuidadores.....	20
3.4.1 Descripción general.....	20
3.4.2 Enfermedades específicas.....	21
3.4.3 Participación de los pacientes.....	23
3.4.4 Asesoramiento y educación de seguimiento.....	24
3.4.5 Asesoramiento telefónico.....	24
3.4.6 Espacio físico para las consultas de farmacia.....	25
3.5 El papel de los cuidadores.....	25
3.6 Polifarmacia, regímenes complejos y revisiones farmacoterapéuticas.....	26
3.7 Envasado, sistemas personalizados de dosificación y sistemas de recordatorio.....	27
3.8 Conclusión.....	28
3.9 Referencias.....	28
4 Iniciativas actuales para promover la adherencia.....	31
4.1 Recopilación de datos.....	31
4.2 Reconocimiento y compromiso.....	31
4.3 Atender las necesidades de las personas mayores.....	31
4.4 Programas y servicios farmacéuticos actuales.....	31
4.4.1 Sistemas personalizados de dosificación.....	31
4.4.2 Recordatorios.....	32
4.4.3 Dispensación escalonada.....	32
4.4.4 Asesoramiento y prestación de servicios farmacéuticos cognitivos.....	32
4.5 Fomento de la adherencia en determinadas enfermedades o medicamentos.....	33
4.6 Formación de farmacéuticos sobre adherencia.....	33
4.7 Financiación de los servicios farmacéuticos.....	33
4.8 Iniciativas en los distintos países.....	34
4.8.1 Australia.....	34
4.8.2 Bélgica.....	35

4.8.3	Dinamarca	36
4.8.4	Irlanda	37
4.8.5	Países Bajos.....	38
4.8.6	Singapur	39
4.8.7	España	40
4.8.8	Suiza.....	40
4.9	Referencias.....	41
5	Intervenciones farmacéuticas efectivas	43
5.1	Consecuencias de esta revisión	43
5.2	Cuestiones metodológicas en la evaluación de las intervenciones	44
5.2.1	Descripción general	44
5.2.2	Heterogeneidad de los posibles sujetos de investigación	44
5.2.3	Selección de participantes y sesgo de selección.....	45
5.2.4	Heterogeneidad de las intervenciones	45
5.2.5	Falta de estandarización en la medición o clasificación de la adherencia.....	45
5.2.6	Posibles soluciones metodológicas	45
5.3	Formulación de intervenciones para mejorar la adherencia	46
5.4	Referencias.....	47
6	Anexo 1: Búsqueda bibliográfica.....	48
7	Anexo 2. Formulario de la encuesta	49

Preámbulo

Por la Presidenta de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)

El envejecimiento de la población y el consiguiente aumento del número de personas que toman múltiples medicamentos para enfermedades de larga duración crean la necesidad de desarrollar servicios específicos para mejorar la atención a nivel comunitario y la calidad de vida de los pacientes. Permitir que las personas vivan una vida más larga y mejor debería ser el objetivo general de todo sistema de salud. Los profesionales de la salud, los pacientes y la comunidad en general deben trabajar juntos para lograr este objetivo.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre la adherencia a las terapias para pacientes con enfermedades crónicas. El análisis de los datos recogidos en varios estudios, tanto en países desarrollados como en desarrollo, llevó a la conclusión de que la falta de adherencia a los tratamientos es una cuestión transversal, ya que alrededor del 50% de los pacientes no toman sus medicamentos según lo prescrito.

La Federación Internacional Farmacéutica (FIP) se ha comprometido a mejorar la salud mundial colmando las lagunas en el desarrollo, la distribución, el suministro y el uso responsable de los medicamentos. La adherencia deficiente al tratamiento en las afecciones crónicas se asocia con peores resultados de salud y mayores costes de salud. Este informe tiene como objetivo identificar y describir las intervenciones y programas farmacéuticos que conducen a mejoras en el cumplimiento de la medicación por parte de las personas mayores, y revisar la información disponible sobre su efectividad.

Los resultados de la revisión bibliográfica y de los estudios de caso incluidos aquí muestran que los farmacéuticos pueden tener un efecto positivo en la adherencia a través de la provisión de una variedad de servicios, particularmente en el ámbito de las farmacias comunitarias. Sin embargo, también observamos que actualmente se ofrece un reembolso financiero mínimo a las farmacias para que proporcionen dichos servicios. En muchas jurisdicciones, los sistemas de remuneración son totalmente inexistentes.

Con el fin de garantizar la sostenibilidad de los servicios para promover la adherencia, deben existir sistemas de remuneración específicos. La inversión permitiría una mejor realización de los servicios, una mejor asignación de recursos para los servicios y una mejor documentación de los servicios prestados y sus consecuencias para los resultados de salud de los pacientes. La asignación de recursos debe apoyar no sólo las intervenciones que generen los mejores resultados de salud posibles de acuerdo con las preferencias individuales y comunitarias, sino también aquellas que generen ventajas económicas, minimicen el desperdicio y creen nuevas oportunidades de empleo.

La FIP cree firmemente que las intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento de la terapia representan un buen retorno de la inversión. Esto está en línea con los resultados de la OMS en el citado informe, donde concluye que "aumentar la efectividad de las intervenciones para mejorar la adherencia a la terapia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de los pacientes mayores". Confiamos en que esta publicación pueda inspirar aún más a los responsables políticos, a las organizaciones profesionales, a las instituciones educativas y a nuestros colegas farmacéuticos para que consoliden y amplíen su papel en la mejora del cumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes de edad avanzada, con el fin de lograr sistemas de salud más sostenibles, vidas más largas y un mayor bienestar.

Dra. Carmen Peña

Agradecimientos

Este informe es una investigación encargada por la Federación Internacional Farmacéutica y realizada por investigadores de la Escuela de Farmacia de Sídney y de la Facultad de Medicina y Salud de la Universidad de Sídney, Australia.

El equipo del proyecto desea agradecer a todas las personas que amablemente aceptaron colaborar en este informe. Agradecemos también a las organizaciones miembros de la FIP sus contribuciones.

El contenido de este informe ha sido elaborado de forma independiente por los autores, editores y colaboradores de los estudios de caso.

El respaldo financiero para: "Uso de medicamentos en personas mayores: El papel de la farmacia en la promoción de la adherencia" fue proporcionado por Pfizer Inc. El asesor principal y el consultor (Michael Frommer y David Tiller) fueron remunerados por su contribución a este proyecto. La líder del proyecto y el miembro del equipo del proyecto (Parisa Aslani y Timothy Chen), como cargos electos de la FIP, no recibieron remuneración por su contribución al proyecto.

La FIP agradece la colaboración y la generosidad del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España en la producción y el patrocinio de esta traducción.



Resumen Ejecutivo

La falta de adherencia a los medicamentos es una causa importante del fracaso terapéutico y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Las consecuencias de la falta de adherencia son más grandes en las personas mayores porque a menudo requieren múltiples medicamentos para afecciones crónicas con comorbilidades, y a menudo tienen mayor dificultad para controlar sus medicamentos debido a la disminución de la función cognitiva, la memoria, la movilidad y la destreza manual. El creciente número de personas mayores agrava el problema de la no adherencia a nivel de la población y crea una necesidad urgente de estrategias efectivas para promover la adherencia.

En el presente informe se examinan los conocimientos existentes sobre esas estrategias y se identifican específicamente los programas e intervenciones de farmacia que probablemente sean eficaces. Su preparación incluyó (i) una revisión narrativa de la bibliografía publicada, y (ii) una recopilación de estudios de caso y otra información suministrada por las organizaciones miembros de la Federación Internacional Farmacéutica sobre intervenciones y programas relevantes para mejorar la adherencia a los medicamentos en sus respectivos países, particularmente aquellos dirigidos a las personas mayores.

A pesar de que el problema de la adherencia ha sido reconocido y descrito desde la antigüedad, y aunque se ha llevado a cabo una gran cantidad de investigaciones evaluativas sobre una amplia gama de intervenciones, no ha surgido un conjunto consolidado de soluciones. Esto se debe en parte a las dificultades de llevar a cabo investigaciones sobre la adherencia. Algunas de estas dificultades son inherentes a la complejidad y variabilidad de la secuencia de eventos que comienza con el reconocimiento de la necesidad de un medicamento y termina con la toma real del medicamento. Otras dificultades se relacionan con la medición de la adherencia y la necesidad de basarse en indicadores de validez variable. Estos indicadores se utilizan de forma inconsistente, y las definiciones de los umbrales de niveles de adherencia adecuados o aceptables también varían.

La farmacia ocupa un lugar destacado en esta secuencia de acontecimientos y desempeña un papel esencial en la promoción y el control de la adherencia. Las contribuciones fundamentales de los farmacéuticos incluyen la educación y el asesoramiento de los pacientes y sus cuidadores¹, el suministro de sistemas personalizados de dosificación, la dispensación de medicamentos, la generación de recordatorios para que tomen los medicamentos y vuelvan a renovar las recetas, y el seguimiento de los pacientes para identificar y resolver las dificultades con el uso de los medicamentos. Sin embargo, a pesar de su importante papel en el suministro de medicamentos, la farmacia está un tanto aislada de las demás profesiones de la salud que participan en el tratamiento de los pacientes. Este aislamiento, que refleja el sistema de salud y las estructuras de financiación, así como las diferencias profesionales, limita el alcance de las intervenciones que podrían mejorar la adherencia si los profesionales de la salud involucrados pudieran trabajar juntos de una manera más integrada.

Aunque son escasas las pruebas robustas de la efectividad de las iniciativas específicas para promover el cumplimiento, las pruebas disponibles apoyan las siguientes intervenciones:

- Nuevos servicios de medicamentos, que incluyen la educación y el asesoramiento de los pacientes por parte de los farmacéuticos cuando se dispensan nuevos medicamentos recetados, con sesiones de seguimiento en persona y asesoramiento telefónico durante las semanas siguientes.
- Revisión, educación y asesoramiento de los pacientes y cuidadores por parte de los farmacéuticos cuando se dispensan medicamentos de repetición, con un refuerzo continuo cuando el momento correcto de administración de una dosis requiere una maniobra específica, por ejemplo, el uso de medicamentos inhalados.
- La provisión de sistemas personalizados de dosificación que faciliten la toma de la dosis correcta a la hora correcta.

¹ En el presente informe, se define al cuidador como la persona que proporciona atención, asistencia y apoyo a otra persona para el tratamiento de su afección médica, incluida la toma de medicamentos. Por cuidador se refiere a los padres, hijos adultos, cónyuges, parejas u otros miembros de la familia.

- Sistemas para recordar a los pacientes que deben tomar sus medicamentos según lo prescrito.
- Simplificación de los regímenes de medicación mediante la gestión de la polifarmacia, incluida la conciliación de los medicamentos introducidos por diferentes prescriptores o en diferentes entornos de atención, y la reducción de la frecuencia de las dosis.

Dado el número de puntos de intervención potenciales, desde el diagnóstico hasta la dispensación y la toma de un medicamento, tal vez no sorprenda que a menudo se demuestre que las intervenciones múltiples tienen un efecto relativamente mayor que las intervenciones singulares.

Tres elementos esenciales se superponen en todas estas intervenciones.

El primero es la comunicación efectiva con el paciente y el cuidador por parte de todos los miembros del equipo sanitario. Una comunicación efectiva incluye: (i) involucrar al paciente (y al cuidador, si procede) en el proceso de toma de decisiones sobre los tratamientos y las opciones de medicación; (ii) evaluar el estado cognitivo del paciente y su nivel de conocimientos sobre la salud, y guiar el debate para garantizar que pueda participar en este proceso de toma de decisiones; (iii) establecer y mantener vínculos entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria, especialmente los médicos, enfermeros y farmacéuticos, de modo que los farmacéuticos tengan acceso a toda la información clínica pertinente; iv) permitir que la farmacia desempeñe su función esencial de mejorar la comprensión del plan terapéutico y disipar cualquier concepto infundado que pueda conducir a la no adherencia intencionada; v) utilizar las tecnologías de la comunicación contemporáneas para los contactos de seguimiento con los pacientes (o cuidadores); y vi) poner en práctica servicios dirigidos por la farmacia para apoyar a los pacientes que toman nuevos medicamentos.

El segundo elemento es facilitar en la medida de lo posible a los pacientes mayores la toma correcta de sus medicamentos. Esto implica: (i) mantener los regímenes de medicación tan simples como sea posible desde el principio; (ii) revisar los regímenes de medicación (por ejemplo, mediante revisiones de medicación en el hogar realizadas por farmacéuticos) para identificar y gestionar la polifarmacia; iii) proporcionar sistemas personalizados de dosificación que ayuden a los pacientes (o cuidadores) a tomar el medicamento correcto en la dosis correcta y en el momento oportuno, y a llevar un registro de lo que han tomado o no han tomado; iv) permitir que los miembros de la familia apoyen al paciente en el cumplimiento de su régimen de medicación; y v) proporcionar recordatorios, tanto para tomar medicamentos como para obtener y surtir recetas repetidas.

El tercer elemento es respaldar el esfuerzo. Ninguna de las intervenciones descritas anteriormente es autosuficiente, y la adherencia sólo puede mejorar de manera continua con un aporte continuo a las necesidades del paciente mediante (i) la repetición de mensajes cada vez que surge la oportunidad (por ejemplo, cuando se están volviendo a dispensar las recetas), (ii) preguntar constantemente si el hecho de tomar el medicamento está causando algún problema, y el tratamiento de cualquier problema que surja, preferiblemente en consulta con el prescriptor, y (iii) la observación de las técnicas de administración de dosis en forma regular y continua, y la realización de correcciones cuando sea necesario (por ejemplo, con medicamentos inhalados).

La mayoría de estos enfoques se aplican a pacientes de todas las edades, particularmente adultos. Sin embargo, como se señaló anteriormente, los ancianos son grandes usuarios de medicamentos, sus regímenes de medicación son a menudo complejos, y la presencia de deterioro cognitivo se suma al desafío. El declive cognitivo leve o temprano puede pasar desapercibido para los profesionales de la salud en encuentros breves. Todos los profesionales de la salud, incluidos los farmacéuticos, deben recibir formación y, en su caso, otro tipo de apoyo para que no pierdan de vista los signos de deterioro cognitivo de los pacientes y puedan tener en cuenta las deficiencias de los pacientes en sus comunicaciones, consejos y acciones.

Introducción

1.1 Antecedentes

La adherencia a la medicación es un desafío significativo para las personas de todas las edades, especialmente las personas mayores. El incumplimiento tiene importantes consecuencias clínicas y económicas. Las consecuencias clínicas dependen del tipo de condición para la cual se usa un medicamento, la eficacia del medicamento para la condición, el grado de no adherencia y las propiedades farmacológicas del medicamento. Las consecuencias económicas se deben a problemas que se habrían evitado con el uso correcto de los medicamentos, y los resultados adversos conducen a un uso adicional de los servicios de salud y a ingresos hospitalarios. Los medicamentos dispensados no utilizados a menudo se desperdician, y los medicamentos sustitutos pueden ser más caros y/o menos eficaces. En todo el mundo, la falta de adherencia representa un coste anual evitable de aproximadamente 269.000 millones de dólares EE.UU., es decir, aproximadamente el 4,6% del gasto total mundial en salud.¹

A medida que el número de personas mayores aumenta en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo², es probable que las consecuencias de la no adherencia aumenten. Las afecciones crónicas complejas y las comorbilidades múltiples son prevalentes en las personas de edad avanzada y requieren el uso continuo de múltiples medicamentos, a menudo con horarios y regímenes de dosificación complejos. Las personas mayores a menudo tienen mayores dificultades para controlar sus medicamentos debido a la disminución de la función cognitiva, la memoria, la movilidad y la destreza manual.

El Estudio³ mundial de la carga de morbilidad de 2015 enumera las enfermedades agudas y crónicas que representan la mayor carga para las personas mayores de 65 años. De acuerdo con las pruebas y la práctica aceptada, la mayoría de estas afecciones pueden ser tratadas, modificadas, prevenidas o paliadas con productos farmacéuticos. Las condiciones que representan el mayor número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en todo el mundo entre las personas mayores de 65 años son las siguientes:

- Cardiopatía isquémica
- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Diabetes mellitus
- Enfermedad de los órganos sensoriales (como el glaucoma)

Otros factores importantes que contribuyen a la carga de la enfermedad en este rango de edad son:

- Dolor de espalda y cuello
- Infecciones de las vías respiratorias inferiores
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad cardíaca hipertensiva
- Enfermedad de Alzheimer
- Cáncer de pulmón

La adherencia —definida más detalladamente a continuación— se refiere al uso correcto de un medicamento. La adherencia requiere el compromiso de los pacientes y de aquellos que podrían beneficiarse de tomar medicamentos por razones preventivas. El compromiso significa confianza y respeto mutuo entre el paciente y el profesional de la salud; una comprensión por parte del profesional de la salud de las preocupaciones, deseos, motivaciones y expectativas del paciente; y un establecimiento común de objetivos para la prevención y/o terapia⁴.

Los profesionales de la salud deben reconocer que la no adherencia puede ser involuntaria (debido, por ejemplo, al olvido o a dificultades con el manejo de los regímenes de medicación) o intencional (como resultado de la falta de voluntad o incapacidad del paciente para surtir una prescripción, o de la falta de voluntad para comenzar o continuar tomando un medicamento según lo recomendado por un profesional de la salud).

Como Charles Everett Koop, entonces Cirujano General de los Estados Unidos, declaró hace más de 30 años, "Las medicinas no funcionan en pacientes que no las toman".⁵ El epigrama de Koop y la importancia crítica del compromiso del paciente son temas fundamentales de este informe.

1.2 Objetivos y finalidad del presente informe

El objetivo de este informe es identificar y describir las intervenciones y programas farmacéuticos que conducen a mejoras en el cumplimiento de la medicación por parte de los ancianos, y revisar la información disponible sobre su efectividad.

El informe fue encargado por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP). La FIP y sus organizaciones miembros tienen la intención de utilizar el informe para determinar cómo asesorar a los gobiernos y otras agencias sobre el papel de la farmacia en la promoción de la adherencia a los medicamentos por parte de las personas mayores.

Este proyecto ha sido concebido en el contexto epidemiológico de la creciente importancia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, como lo demuestra la referencia al Estudio de la Carga Mundial de las Enfermedades de 2015³. Los medicamentos, y el autocontrol con medicamentos, son esenciales en el control de todas estas enfermedades. El desarrollo y la aplicación de intervenciones, programas y políticas para garantizar el uso apropiado y correcto de los medicamentos son, por lo tanto, retos críticos en la atención de la salud.

1.1 Ámbito de aplicación y definiciones

Este informe identifica, describe y evalúa las intervenciones y los programas farmacéuticos destinados a mejorar el cumplimiento de los medicamentos por parte de las personas mayores. Se limita a los factores que afectan al uso de los medicamentos según lo prescrito o recomendado profesionalmente. No tiene por objeto evaluar la calidad de la evaluación médica que conduce a la prevención o la terapia que puede incluir medicamentos, ni evaluar si los medicamentos se prescriben correctamente.

La expresión "intervenciones y programas farmacéuticos" se refiere a los servicios prestados por los farmacéuticos o a los programas realizados por la profesión farmacéutica o en su nombre e identificados con ella. Estos incluyen:

- Intervenciones realizadas exclusivamente por farmacéuticos, así como servicios multiprofesionales en los que participan farmacéuticos.
- Servicios dirigidos a pacientes individuales así como a comunidades o poblaciones
- Servicios para mejorar la adherencia a los medicamentos que son específicos para las personas mayores, y servicios que no son específicos para las personas mayores pero que podrían aplicarse razonablemente a las personas mayores.
- Servicios que involucran a cuidadores personales de personas mayores (por ejemplo, miembros de la familia)
- Servicios que pueden tener múltiples resultados, de los cuales el cumplimiento de la medicación por parte de las personas mayores es uno de ellos.

Este informe se centra en los servicios de farmacia que pueden ser, o han sido, implementados en la práctica. También abarca los factores que facilitan y los factores que dificultan u obstaculizan la aplicación. Las intervenciones que sólo se aplicaron en un contexto de investigación no se consideran. Cuando se dispone de datos económicos, y cuando se dispone de esa información detallada, se examinan los costes de la prestación de servicios y los arreglos de remuneración para quienes prestan servicios de farmacia.

El término "cuidador" se ha definido como una persona que proporciona atención, asistencia y apoyo a otra persona para el tratamiento de su afección médica, incluida la toma de medicamentos. El cuidador se refiere a los padres, hijos adultos, cónyuges, parejas u otros miembros de la familia.

El término “**medicamento**” se refiere a medicamentos alopáticos- sustancias farmacológicamente activas con indicaciones reconocidas en el tratamiento o prevención de enfermedades o síntomas. El informe no cubre las medicinas complementarias, tradicionales o naturópatas. En la mayoría de los casos, se limita a medicamentos que normalmente son administrados por el paciente o su cuidador personal (por vía oral, a través del tracto respiratorio, de forma tópica o mediante un kit de inyección autoadministrado). Los medicamentos que requieren de un profesional de la salud técnicamente capacitado para su administración están en su mayoría excluidos.

El informe examina los servicios de farmacia que tienen aplicación general en la adherencia a los medicamentos, así como los servicios que son relevantes para condiciones particulares, tipos particulares de medicamentos y pacientes con características específicas. Abarca los medicamentos utilizados en todo el espectro de la atención sanitaria para la prevención, la terapia curativa, la modificación de enfermedades y el alivio de los síntomas, así como en los cuidados paliativos. La prevención abarca la prevención primaria de enfermedades, la prevención de exacerbaciones o recaídas y la prevención de complicaciones.

La “adherencia a los medicamentos” se define como “la medida en que la conducta del paciente en cuanto a la toma de medicamentos y/o la ejecución de cambios en su estilo de vida se corresponde con recomendaciones acordadas de un profesional de la salud⁶”:

- un régimen prescrito o explícitamente recomendado por un profesional de la salud tratante, o
- el uso de un medicamento de venta sin receta recomendado explícitamente por un profesional de la salud tratante de acuerdo con un régimen especificado por el profesional de la salud o el fabricante del medicamento, o en directrices reconocidas profesionalmente.

Las personas mayores no se definen específicamente para los fines de este informe. En general, las personas mayores de 65 años suelen ser designadas como personas mayores. La revisión cubre los materiales que se refieren a “**ancianos**” o “**personas mayores**”, estén o no definidos estos términos.

La “**eficacia**” se refiere al logro de (i) los niveles deseados de adherencia, (ii) los resultados preventivos o terapéuticos deseados que sean razonablemente atribuibles a una intervención o programa determinado, o (iii) una combinación de (i) y (ii).

El informe da prioridad a los servicios de farmacia para los que se dispone de descripciones publicadas y pruebas de eficacia. También cubre los servicios para los que se dispone de pruebas de efectividad pero que no han sido publicadas. Las intervenciones y los programas que se han puesto en práctica pero que no han sido evaluados tienen menor prioridad.

En la medida de lo posible, el análisis identifica los componentes de las intervenciones y los programas que podrían dar cuenta de sus resultados, y el informe enumerará los criterios que los organismos podrían utilizar para elegir los servicios que se financiarán o promoverán. Se examinan las similitudes entre las intervenciones o programas eficaces, o entre sus componentes más destacados, para ayudar en esta elección.

1.2 Métodos

El proyecto constó de tres etapas.

La Etapa I comprendió una revisión bibliográfica con los siguientes pasos:

- a) Búsquedas bibliográficas utilizando una serie de bases de datos electrónicas apropiadas de la literatura publicada, incluyendo PubMed, Medline y Google Scholar. Los términos de búsqueda se enumeran en el Anexo 1.
- b) Búsqueda múltiple de las listas de referencias dentro de las publicaciones identificadas.
- c) Identificación de la literatura gris pertinente, en particular sobre las medidas adoptadas por las organizaciones miembros de la FIP para mejorar el cumplimiento de la medicación.
- d) Definición de criterios para la selección de artículos relevantes.
- e) Selección de artículos relevantes.
- f) Valoración y revisión narrativa de los artículos seleccionados.

La etapa I se concentró en artículos escritos en inglés.

La Etapa II comprendió una compilación crítica de estudios de casos y otra información proporcionada por los miembros de la FIP sobre intervenciones y programas pertinentes para mejorar el cumplimiento de los medicamentos en sus respectivos países. Estas declaraciones fueron solicitadas por medio de una plantilla preparada por los autores de este informe y distribuida por la FIP. La plantilla se incluye en el Anexo 2.

La tercera etapa consistió en la preparación de un proyecto de informe para presentarlo al Comité Ejecutivo de la FIP, y la subsiguiente preparación de un informe final que tomara en cuenta la retroalimentación recibida.

1.3 Estructura de este informe

El presente informe consta de cinco capítulos, entre los que se incluye el presente.

El Capítulo 2 explora la adherencia y la no adherencia desde perspectivas conceptuales y prácticas. Se amplía la definición dada en la sección 1.3 anterior y se examina la distinción entre la no adherencia intencional y la no intencional. Identifica las barreras a la adherencia y enfatiza aún más la importancia de la participación de los pacientes en los programas de prevención o tratamiento. También proporciona una taxonomía de la adherencia, revisa cuestiones relacionadas con enfermedades específicas y clases de medicamentos, y describe métodos para medir la adherencia y sus efectos, con especial referencia al uso de medicamentos por parte de las personas mayores.

El capítulo 3 se centra en los factores que afectan el cumplimiento y describe estrategias basadas en el paciente y el sistema para facilitar la adherencia en las personas mayores. Examina las pruebas sobre el papel de los farmacéuticos en la vigilancia, y en apoyar y fomentar la adherencia, tanto como profesionales individuales de la salud como miembros de equipos multidisciplinarios.

El Capítulo 4 describe las intervenciones y programas farmacéuticos para mejorar la adherencia terapéutica por parte de las personas mayores, utilizando la información suministrada por las organizaciones miembros de la FIP, tal como se indica en la Parte III de la sección Métodos (véase la Sección 1.4 anterior).

El Capítulo 5 resume las conclusiones de los Capítulos 3 y 4 y las vincula con los principios introducidos en el Capítulo 2. Revisa los métodos utilizados en los estudios que evalúan las intervenciones diseñadas para mejorar, y comenta las oportunidades y limitaciones metodológicas. A continuación, resume los abordajes potencialmente eficaces para la gestión de la no adherencia.

1.4 Referencias

1. Aitken M, Gorokhoivich L. Advancing the responsible use of medicines. Applying levers for change. A report prepared for the Minister's Summit of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 3 October 2012. IMS Institute for Healthcare Informatics, New York, 2012.
2. National Institutes of Health & World Health Organization. Global Health and Aging. NIH Publication no 11-7737. US Department of Health & Human Services, Washington DC, 2011.
3. Kassebaum NJ and GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted-life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and health life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1603–58.
4. Ajayi T. The difference between noncompliance and defiance. *New England Journal of Medicine Catalyst*, 2017. <https://catalyst.nejm.org/the-difference-between-noncompliance-and-defiance/>
5. AZQuotes. C Everett Koop Quotes. www.azquotes.com/author/8211-C_Everett_Koop (undated).
6. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, Geneva, 2003.

2 Adherencia y no adherencia

2.1 Contexto para el uso de medicamentos en las personas mayores

Descripción general

El desarrollo de intervenciones para mejorar el cumplimiento depende de la comprensión de lo que motiva a las personas a adherirse a los regímenes prescritos y por qué ocurre la no adherencia.

Este capítulo analiza estos elementos esenciales. Examina las decisiones y eventos que ocurren entre la identificación de la necesidad de tratamiento y el acto de tomar un medicamento, y describe cómo estas decisiones y eventos pueden influir en la adherencia. Describe las características de los pacientes de edad avanzada y destaca aquellas que afectan la adherencia y aquellas que probablemente sean modificables.

Una secuencia de encuentros y eventos

Al examinar las oportunidades para mejorar el cumplimiento, es útil considerar una secuencia que comienza con el problema de salud de un individuo y termina con el uso de un medicamento recetado o recomendado de acuerdo con un régimen específico. Los participantes en la secuencia son:

La persona que usa o podría usar el medicamento, a la que en este informe se hace referencia como el paciente

- El cuidador del paciente (si hay un cuidador), que puede ser un compañero, un miembro de la familia, algún otro asistente personal o un profesional de la salud, a menudo una enfermera;
- El (los) profesional(es) de la salud que tiene(n) la responsabilidad general de la gestión clínica del paciente, por lo general un médico, a veces una enfermera o otro profesional de la salud, y a veces un equipo;
- Uno o más farmacéuticos que tienen un papel fundamental debido a su experiencia en el manejo de medicamentos.

Esta secuencia se puede describir en seis fases, más o menos consecutivas, pero pueden solaparse.

La primera fase comprende el diagnóstico, la formulación de un plan de tratamiento y la prescripción. Se diagnostica que una persona tiene una enfermedad, un síndrome o una lesión, o que es probable que se beneficie de una intervención preventiva. Sobre la base del diagnóstico y los deseos del paciente, se formula un plan de tratamiento, que puede incluir o no medicamentos. Si el paciente necesita un medicamento, se selecciona y prescribe un medicamento apropiado. El diagnóstico y la decisión sobre el tratamiento suelen ser responsabilidad de un profesional de la salud distinto del farmacéutico, aunque en algunas jurisdicciones, los farmacéuticos con competencia de práctica avanzada certificada también pueden iniciar y/o modificar el tratamiento con medicamentos recetados. En el paradigma sanitario contemporáneo, las decisiones sobre el tratamiento se comparten con el paciente.

La segunda fase comprende una decisión de actuar (o no actuar) sobre el diagnóstico y la prescripción. Esta decisión corresponde al paciente, pero puede ser delegada o asumida por un cuidador (si está presente). Varios factores pueden afectar la decisión de actuar, incluyendo los deseos y creencias del paciente (y/o cuidador), y su compromiso intelectual y emocional con el problema de salud y la motivación para hacer algo al respecto. Otros factores importantes son la memoria (por ejemplo, recordar levantar una receta), el acceso al suministro y el coste del medicamento y la capacidad del paciente de pagar por los medicamentos. El resultado es que el paciente (o el cuidador) puede decir actuar, es decir, llevar la receta a un proveedor, o decidir no actuar, o descuidar la decisión.

La tercera fase es el suministro y la distribución de los medicamentos. El suministro depende de la fabricación y/o importación de medicamentos, y la distribución puede ser realizada por fabricantes, importadores o agencias mayoristas. El distribuidor almacena los medicamentos y los entrega físicamente al distribuidor, que suele ser un farmacéutico.

La cuarta fase es la de dispensación. Esta puede ser la primera oportunidad en la secuencia para que un farmacéutico interactúe con el paciente. El farmacéutico supervisa el almacenamiento de las cantidades necesarias de medicamentos en un dispensario, interpreta la receta, selecciona el medicamento especificado en el dispensario y lo dispensa al paciente. El proceso de dispensación es un servicio profesional de importancia crítica en la atención de la salud, y se examina con más detalle en la sección 2.2 más adelante.

La quinta fase es la iniciación: el paciente, posiblemente bajo la guía de un cuidador, comienza a tomar el nuevo medicamento. La expectativa es que este paso de iniciación se lleve a cabo correctamente, pero varios factores pueden influir en el cumplimiento del régimen prescrito por el paciente. La fase de iniciación es fundamental y posiblemente influyente: si el paciente percibe inicialmente que el medicamento es desagradable (porque es difícil o desagradable de tomar, o causa efectos secundarios), puede ser que sea reacio a seguir tomándolo. El comportamiento del paciente en cuanto a la toma de medicamentos puede reflejar expectativas basadas en la proyección más que en la experiencia de tomar el medicamento. Puede tomar una dosis más baja que la recomendada para evaluar los efectos de la medicina o detectar efectos secundarios, o puede tomar una dosis más alta, buscando un efecto más rápido o más intenso. Ambas son formas de no adherencia.

La sexta fase es la persistencia, en la que el paciente continúa tomando el medicamento, con o sin seguir la dosis, el horario, el intervalo de dosis, la duración y otras instrucciones prescritas (como antes, con o después de la comida). Hay muchos factores que influyen en la persistencia, como la reacción del paciente a la fase de iniciación, la motivación y la memoria del paciente o del cuidador, la facilidad de dosificación, la facilidad para tomar el medicamento, la disponibilidad continua del medicamento, la consistencia o variabilidad del producto, incluido el aspecto y el envase, y el efecto de los recordatorios o indicaciones.

En principio, estas seis fases son secuenciales en un sentido temporal, pero en la práctica se superponen. La forma en que se ejecutan los pasos de una fase influye inevitablemente en lo que sucede en las fases siguientes. Por ejemplo, la calidad de la comunicación entre el prescriptor y el paciente sobre el diagnóstico y la prescripción puede tener una gran influencia en la decisión de actuar, la iniciación y la persistencia, y la memoria puede afectar la decisión de actuar, la fase de iniciación y la fase de persistencia.

Las seis fases tienen las siguientes implicaciones.

- El uso de medicamentos implica varias decisiones, acciones e interacciones. Visto de manera integral, es complejo, y la farmacia se encuentra en una posición central en la secuencia.
- Las interacciones involucran diferentes elementos del sistema de salud. Por lo menos, involucran a un paciente (con o sin cuidador), un diagnosticador/planificador/prescriptor del tratamiento, un fabricante/proveedor/distribuidor y un farmacéutico. También incluyen mecanismos de regulación, control de calidad y financiación, que preceden a la secuencia descrita anteriormente, pero que definen muchos de los procesos de la secuencia. El uso eficaz de los medicamentos, especialmente el uso continuo de medicamentos para enfermedades crónicas, requiere interacciones entre elementos que no están necesariamente bien conectados en la mayoría de los sistemas de salud y carecen de vías naturales de comunicación.
- Cuando existe una necesidad continua de un medicamento, como ocurre típicamente en pacientes con enfermedades crónicas, las fases se repetirán cada vez que se emita una nueva receta. En esta situación, la primera fase se concentrará en el seguimiento y la reevaluación más que en el diagnóstico primario. En la mayoría de los casos se omitirá la fase de iniciación (quinta), a menos que se cambie el régimen de medicación o las propiedades físicas del medicamento, lo que puede ocurrir si se cambia la marca del medicamento o si el fabricante altera el envase o el aspecto, color u otras características del medicamento.
- Muchos de los procesos que componen cada fase son potencialmente modificables. Esto crea múltiples oportunidades para mejorar la adherencia. Como se mencionó anteriormente, la farmacia se encuentra en una posición fundamental en la secuencia, por lo que las intervenciones farmacéuticas para mejorar el cumplimiento tienen el mayor potencial para ser efectivas.
- Dada la complejidad de la secuencia, parece probable que las intervenciones múltiples, o las intervenciones multifacéticas, tengan el mayor efecto sobre la adherencia.

Características de los pacientes de edad avanzada

En la primera mitad del siglo XX, el aumento de la esperanza de vida se debió principalmente a la disminución de la mortalidad neonatal e infantil. Sin embargo, desde 1960, la prolongación de la vida se ha atribuido cada vez más a la disminución de la mortalidad entre las personas mayores de 60 años. Esto ha creado una población creciente de personas mayores en la mayoría de los países desarrollados y, posteriormente, una creciente prevalencia de las aflicciones del envejecimiento y una disminución del rendimiento fisiológico¹. Esto genera un ciclo de pérdida de funciones, enfermedades y discapacidades que se perpetúa por sí mismo. A medida que el ciclo continúa, se acumulan múltiples morbilidades, lo que lleva al uso de múltiples medicamentos, con las interacciones farmacológicas resultantes. Por lo tanto, la polifarmacia a menudo exacerba el ciclo, y la farmacodinámica distorsionada debido a la disminución del rendimiento fisiológico complica aún más el panorama.

Los estados de salud más comunes en los ancianos son el deterioro sensorial (deterioro de la audición y la visión), el deterioro cognitivo (que conduce al deterioro de la memoria y la confusión), el deterioro musculoesquelético y el deterioro de la coordinación motora y el equilibrio. Los trastornos cardiovasculares, respiratorios, neurodegenerativos y musculoesqueléticos comunes aceleran la pérdida de la función y se complican a su vez por la pérdida progresiva de la función.

La discapacidad a menudo conduce a un uso errático de los medicamentos o a la falta de adherencia. Las manifestaciones específicas van desde la toma de decisiones inapropiadas sobre el uso de los medicamentos hasta el olvido, pasando por la pérdida de la destreza manual en la manipulación de las pastillas, cápsulas y envases en los que se suministran.

Sin embargo, el alcance de la discapacidad real de una persona refleja la interacción de dos fenómenos distintos: (i) el nivel intrínseco de función del individuo, y (ii) las características del ambiente en el cual el individuo funciona². El ambiente es modificable, y las modificaciones tienen el potencial de mejorar la adherencia. En este contexto, el entorno abarca no sólo el espacio en el que vive una persona, sino también los objetos dentro de ese espacio, el acceso y la disponibilidad de servicios profesionales, como la farmacia, y el apoyo proporcionado por otros.

Una característica importante de la disminución de la cognición es que el deterioro a menudo no es aparente para un observador hasta que está bastante avanzado. A menudo se necesitan pruebas específicas para detectar los signos de deterioro cognitivo y demencia en las primeras etapas, y a veces incluso en las etapas intermedias. Los profesionales de la salud que pueden tener encuentros relativamente breves con pacientes pueden no detectar el alcance de la deficiencia y, por lo tanto, no tomar en cuenta el déficit del paciente. En cuanto a la adherencia, se deduce que los profesionales de la salud deben recibir formación específica en el abordaje de pacientes mayores que puedan estar afectados por el deterioro cognitivo y la neurodegeneración. Evidentemente, esto debería aplicarse a los farmacéuticos en la dispensación, asesoramiento y seguimiento.

Falta de adherencia intencional y no intencional y toma de decisiones compartida en materia de asistencia sanitaria

Como se señala en el Capítulo 1, la adherencia se define como "la medida en que la conducta de un paciente en cuanto a la toma de medicamentos y/o la ejecución de cambios en su estilo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención médica"³. Independientemente de si es intencional o no, la no adherencia puede resultar en que el paciente omita un medicamento por completo, o que lo tome de manera diferente a las instrucciones prescritas con respecto a la dosis, el tiempo, los intervalos y/o la duración. Puede afectar uno o más medicamentos en un plan de tratamiento.

La no adherencia "no intencional" ocurre cuando un paciente no se adhiere a un régimen de medicamentos por razones que no están bajo su control, es decir, el paciente no sigue las recomendaciones acordadas, pero no ha tomado la decisión consciente de rechazar estas recomendaciones. Las razones pueden ser extrínsecas al paciente (por ejemplo, suministro interrumpido de un medicamento), intrínsecas (por ejemplo, debido a problemas de memoria), o una combinación de extrínsecas e intrínsecas (por ejemplo, el envase del medicamento es confuso para un paciente con algún trastorno cognitivo, o el etiquetado no es claro para un paciente con mala visión, o la estructura del envase no es accesible para un paciente con una destreza manual reducida).

La no adherencia "intencional" implica una decisión deliberada o consciente de no seguir las recomendaciones del proveedor de atención médica. Una definición útil es una "decisión activa por parte de los pacientes de renunciar (discontinuar, omitir o alterar) la terapia prescrita"⁴.

Es importante tener en cuenta que la no adherencia intencional implica un deseo por parte del paciente de no tomar el medicamento como se lo recetaron. Es posible que el paciente desee adherirse, pero no pueda hacerlo porque el medicamento no es asequible. En un sentido literal, este es un ejemplo de no adherencia no intencional, pero en el sentido de que el paciente está tomando una decisión explícita de no usar una receta, podría llamarse intencional.

Una noción más compleja está resumida en el "Marco de Necesidad-Preocupación", propuesto por Horne *et al*⁵. Éstos argumentan que un paciente equilibra el juicio implícito de la necesidad personal de tratamiento (creencias imperativas) contra preocupaciones sobre posibles consecuencias adversas. En una meta-análisis de 94 estudios, se reportó que una mayor adherencia estaba asociada con percepciones más fuertes de la necesidad de tratamiento. Los pacientes adherentes tenían aproximadamente un 75% más de probabilidades que los pacientes no adherentes de creer firmemente que necesitaban el tratamiento, y los pacientes adherentes tenían la mitad de probabilidades que los pacientes no adherentes de tener preocupaciones sobre su tratamiento. La meta-análisis mostró además que estas relaciones eran independientes del país en el que se realizó cada estudio y de la medida de adherencia utilizada.

El "Marco de Necesidad-Preocupación" proporciona un vehículo para la toma compartida de decisiones en el cuidado de la salud. Tradicionalmente, la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud, especialmente los médicos, ha sido paternalista, con los profesionales de la salud estableciendo la agenda y aplicando sus valores en la toma de decisiones de tratamiento. En las últimas dos décadas, sin embargo, los pacientes han exigido una relación más mutualista, en la que "se negocia la agenda; se exploran los valores del paciente; y el [profesional de la salud] asume un papel de asesor con respecto a los objetivos y decisiones del paciente".⁶ La noción de toma de decisiones compartida se ha adoptado con entusiasmo en América del Norte y en muchos países europeos,⁷ y la noción de un papel asesor es ciertamente compatible con el espíritu de la práctica farmacéutica comunitaria. Su implementación para pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo es obviamente limitada. Sin embargo, entre aquellos cuya capacidad cognitiva se mantiene, es probable que la toma compartida de decisiones mejore la autonomía y la autoeficacia de los pacientes, es decir, la motivación y la capacidad de los pacientes para evaluar y controlar su entorno, tomar decisiones apropiadas relacionadas con su bienestar e implementar estas decisiones. La toma de decisiones compartida puede involucrar no sólo al paciente sino también a su cuidador.

Adherencia a la medicación en estados patológicos específicos

La importancia de la adherencia difiere para los diferentes medicamentos y estados de la enfermedad. Muchos (pero no todos) los estudios empíricos definen un nivel aceptable de adherencia, como por ejemplo, tomar los medicamentos correctos de forma adecuada en el 80% de las dosis⁸.

Sin embargo, para los medicamentos que tienen una acción fisiológica o profiláctica crítica, la omisión de una sola dosis puede aumentar el riesgo de un evento agudo o una exacerbación de la condición del paciente, y la omisión de una dosis puede llevar a un patrón de omisión de dosis y el consiguiente fracaso del tratamiento. Los medicamentos respiratorios inhalados para el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica son un caso importante. El cumplimiento riguroso de la terapia recomendada es crítico para la eficacia de estos medicamentos, y el cumplimiento se refiere no sólo a la dosis y frecuencia correctas, sino también a una técnica de inhalación consistentemente correcta⁹.

En otras situaciones, no es probable que la omisión de una sola dosis sea una preocupación importante. Sin embargo, los pacientes que están en sintonía con la adherencia exacta pueden ponerse ansiosos cuando se dan cuenta de que han omitido una dosis, y puede ser útil para estos pacientes poder buscar consejo de un farmacéutico o del prescriptor. Tales encuentros pueden ser utilizados para reforzar la importancia de la adherencia.

2.2 Funciones y responsabilidades de la farmacia

En la mayoría de los países, la farmacia comunitaria opera en un contexto de comercio minorista, separada física, organizativa y financieramente de los profesionales de la salud que tienen licencia para prescribir medicamentos. La mayoría de los prescriptores son médicos colegiados; otros incluyen enfermeras, farmacéuticos y optometristas. La gama de medicamentos que pueden prescribir los profesionales sanitarios autorizados está definida por el ámbito de práctica para el que están colegiados. En áreas rurales y remotas donde puede no haber suficientes profesionales de la salud, las enfermeras tienen que asumir el papel de prescriptor, y se les da la autoridad necesaria para ello.

Los ensayos aleatorios de prescripción por parte de farmacéuticos han involucrado la colaboración¹⁰ de médicos y farmacéuticos o equipos¹¹ comunitarios de farmacéuticos y enfermeras. Los estudios siguieron las mediciones de la presión arterial en pacientes con hipertensión o pacientes con diabetes que tenían presión arterial elevada. Los grupos de intervención que incluían la prescripción farmacéutica mostraron mayores reducciones en la presión arterial que los grupos control. La prescripción farmacéutica requería autorizaciones especiales.

Aunque están autorizados a recetar dentro de un formulario limitado en algunos lugares, el papel principal de los farmacéuticos en la secuencia descrita en la sección 2.1.2 es dispensar los medicamentos recetados. La gestión y el proceso de dispensación tienen varios componentes. Éstos se enumeran a continuación y se analizan con más detalle en el Capítulo 3.

- Asegurarse de que la farmacia contiene o tiene acceso a los medicamentos necesarios, de que están almacenados correctamente, de que están dentro de las fechas de caducidad y de que cumplen las condiciones reglamentarias.
- Recibir la receta, ya sea en mano (por lo general por el paciente o su cuidador) o electrónicamente.
- Interpretar la receta, con referencia al medicamento mencionado, la formulación, la dosis o concentración, la cantidad a dispensar y las especificaciones del recetador en cuanto a la dosis, la frecuencia y las instrucciones para tomar el medicamento.
- Verificar que estos parámetros sean compatibles con las características del medicamento
- Comprobar que la prescripción es consistente con lo que el farmacéutico sabe del régimen reciente del paciente, en cuanto a dosis, especificación de la marca, formulación y presentación.
- Etiquetar el envase del medicamento o reenvasarlo en un sistema personalizado de dispensación con otros medicamentos que el paciente esté tomando.
- Explicar al paciente y/o cuidador el uso del medicamento y sus efectos y efectos secundarios comunes (especialmente aquellos de mayor importancia y causa de alerta), y los arreglos para obtener cantidades adicionales antes de que la cantidad dispensada haya sido consumida en su totalidad.
- Responder a cualquier pregunta del paciente y/o cuidador.

Por lo tanto, en la dispensación, el farmacéutico tiene la oportunidad de comunicarse directamente con el paciente y/o el cuidador y, por lo tanto, puede evaluar las necesidades y los deseos del paciente y proporcionar orientación oportuna; se ha demostrado que esto mejora la adherencia (véase la sección 3.4). Las características y deseos del paciente son factores determinantes de lo que realmente se dispensa. ¿Se confundirá el paciente por la sustitución de la marca o por un cambio en la apariencia de un medicamento que ha tomado anteriormente? ¿Prefiere el paciente pastillas o cápsulas? ¿Tiene el paciente problemas de visión y necesita etiquetas con letras grandes? ¿Tiene el paciente problemas musculoesqueléticos que dificultan la apertura del envase? En respuesta a estas preguntas, el farmacéutico puede o no tener flexibilidad para elegir el producto que se va a dispensar. Por ejemplo, el farmacéutico puede elegir entre un producto de marca o genérico, y entre diferentes marcas que varían en su tipo de envase.

La adherencia se ve reforzada por una comunicación eficaz entre el prescriptor y el paciente, y entre el farmacéutico y el paciente (o cuidador) en el momento de la administración del medicamento. Es evidente que una mala relación entre el prescriptor y el paciente afecta negativamente a la adherencia¹², y que los profesionales de la salud pueden influir favorablemente en el grado de adherencia¹³; por otra parte es probable que la intensidad y el contenido de la comunicación sean diferentes si el paciente está tomando un medicamento por primera vez, a diferencia de una prescripción repetida. Resulta notable, sin embargo, que el

farmacéutico a menudo ni siquiera tenga acceso a información clínica básica sobre el paciente que es relevante para la prescripción, como el diagnóstico y las morbilidades asociadas, y no podrá tener información sobre otros medicamentos recetados a menos que hayan sido dispensados en el mismo sistema de farmacias. También es notable que el farmacéutico y el prescriptor no se comunican rutinariamente, salvo a través de la receta escrita. Estos factores limitan el alcance de la función de asesoramiento del farmacéutico.

Los registros de salud universales (o registros de salud electrónicos) y los registros farmacéuticos proporcionan un mecanismo para mejorar la adherencia y promover la seguridad de los medicamentos al brindar a los farmacéuticos un acceso integral a la información sobre los medicamentos de los pacientes individuales. Su desarrollo fue pionero en Francia en 2007. La ley francesa de salud pública proporcionó la base legal para el establecimiento del *Dossier Pharmaceutique* (DP), que enumera todos los medicamentos dispensados al paciente en cualquier farmacia comunitaria francesa participante en los últimos cuatro meses, incluidos los medicamentos de venta libre. Todas las farmacias están obligadas a ofrecer este servicio, pero el DP se crea una vez que el paciente ha dado su consentimiento. Los pacientes pueden retirar su consentimiento en cualquier momento.

Los datos se recogen en el punto de dispensación y se almacenan en un servidor seguro centralizado. Sólo los farmacéuticos y los profesionales legalmente autorizados a dispensar medicamentos tienen acceso a los datos. En mayo de 2014, 22.297 farmacias comunitarias francesas —casi el 99% de todas las farmacias comunitarias francesas— operaban el DP y se habían creado¹⁴ alrededor de 32 millones de registros farmacéuticos.

2.3 Medidas de adherencia

La estimación de la adherencia es importante. El hecho de no determinar si un paciente está siguiendo un régimen prescrito, o en qué medida, puede dar lugar a la presunción de que un medicamento eficaz es ineficaz. Los prescriptores pueden entonces hacer cambios innecesarios, incluyendo aumentos potencialmente peligrosos en la posología o la dosis¹⁵.

En principio, la adherencia puede medirse o controlarse directa o indirectamente. Los métodos directos consisten en medir los niveles del fármaco o de un metabolito en tejidos o fluidos corporales (generalmente sangre, orina o saliva). Estos métodos son válidos, pero sólo para aquellos fármacos o metabolitos que puedan analizarse de forma viable. Los ensayos son inevitablemente invasivos, pueden ser costosos y sólo proporcionan información limitada sobre un patrón de adherencia, por lo general reflejando sólo el uso reciente de un medicamento¹⁶.

Los métodos indirectos son los siguientes:

- El uso de bases de datos de prescripción para calcular varios indicadores basados en períodos de tiempo entre la renovación de las prescripciones. Se han especificado varios indicadores de este tipo¹⁵.
- El uso de dispositivos de envasado de medicamentos electrónicos. Estos están diseñados tanto para monitorear la adherencia como para recordar a los pacientes que deben tomar la siguiente dosis. Se discuten con más detalle en la sección 3.7.
- "Contaje de comprimidos" Se trata de inspecciones periódicas de los envases para determinar el número de comprimidos o cápsulas retirados y supuestamente consumidos.
- Informes de los pacientes, o informes de los cuidadores, recopilados a través de entrevistas personales, diarios, cuestionarios o en línea. Los pacientes y sus cuidadores pueden tener diferentes percepciones u observaciones sobre el grado de adherencia¹².

La mayoría de los métodos de medición de la adherencia son más apropiados para la investigación o los estudios de evaluación que para el monitoreo rutinario y la promoción de la adherencia. Los investigadores utilizan una variedad de métodos e indicadores, y no existe un enfoque estandarizado para la medición de la adherencia. Como consecuencia, a menudo es imposible comparar los hallazgos de diferentes estudios y sintetizar sus resultados en revisiones sistemáticas, y las meta-análisis no son factibles⁸.

Sin embargo, el prescriptor o el farmacéutico a menudo pueden obtener información práctica sobre el patrón de adherencia de un paciente individual. Cuando un paciente tiene buena relación con su prescriptor y/o

farmacéutico, una secuencia de preguntas detenidamente analizada puede llevar a una discusión informativa que revele las brechas en la adherencia e identifique potencialmente los problemas¹⁶ de medicación que se pueden resolver.

2.4 Referencias

1. Vallin J, Meslé F. The segmented trend line of highest life expectancies. *Population and Development Review* 2009;35: 159–82.
2. Freedman VA, Agree EM, Martin LG, et al. Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992–2001. *The Gerontologist* 2006;46: 124–7.
3. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva, WHO, 2003.
4. Mukhtar O, Weinman J, Jackson SHD. Intentional non-adherence to medications by older adults. *Drugs & Aging* 2014;31:149–57.
5. Horne R, Chapman SCE, Parham R, et al. **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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>.
6. Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice. In: Edwards A, Elwyn G (eds). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice.* Oxford, Oxford University Press, 2009, pp3–10.
7. Coulter A. **What's happening around the world?** In: Edwards A, Elwyn G (eds). *Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice.* Oxford, Oxford University Press, 2009, pp160–3
8. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *The Cochrane Library*, 2014; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
9. van Boven JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, et al. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *European Respiratory Journal* 2017;49(5):1700076. <https://doi.org/10.1183/13993003.00076-2017>.
10. Carter BL, Ardery G, Dawson JD, et al. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Archives of Internal Medicine* 2009;169:1996–2002.
11. McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, et al. A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist and Nurse Care on Improving Blood Pressure Management in Patients With Diabetes Mellitus Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists–Hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med*.2008;168(21):2355–2361. doi:10.1001/archinte.168.21.2355
12. Smith D, Lovell J, Weller C, et al. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One* 2017;12(2):e0170651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170651>.
13. Iverson MD, Vora RR, Servi ABA, et al. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and prescribers. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2011;34(2):72–81.
14. Pharmaceutical Group of the European Union. Expert Panel Opinion on the Definition of Primary Care – PGEU Response. Brussels, PGEU, 2016.
15. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, 2015; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>.
16. Usherwood T. Encouraging adherence to long-term medication. *Australian Prescriber* 2017;40:147–50.

Opciones para mejorar la adherencia

2.5 Preámbulo

Se ha utilizado una amplia gama de métodos para mejorar la adherencia. Los métodos principales se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Políticas y regulaciones a nivel de los sistemas de salud, desarrolladas con la intención de asegurar que las poblaciones tengan acceso asequible a los medicamentos necesarios de alta calidad, con el apoyo adecuado para su administración y cumplimiento.
- La educación y la formación de los profesionales de la salud, en particular los responsables de la prescripción de medicamentos, la dispensación de medicamentos y el seguimiento de los pacientes con necesidades continuas de medicamentos.
- Asesoramiento y educación de los pacientes y de sus cuidadores sobre la justificación de su tratamiento y cuestiones relacionadas con los medicamentos y los regímenes de medicación; esto suele ocurrir en el momento de la dispensación, especialmente en el caso de los medicamentos nuevos, pero también puede ocurrir cuando se repite la prescripción.
- Seguimiento después de la dispensación inicial, ya sea mediante consultas cara a cara o por teléfono, o mediante la inspección de los sistemas personalizados de dosificación. Esto refuerza la adherencia y ofrece la oportunidad de informarse sobre los problemas relacionados con los medicamentos.
- Reducir la carga de adherencia, ya sea durante las revisiones formales de medicamentos o en las **discusiones de seguimiento**. Esto puede implicar “des-prescribir” para reducir la polifarmacia (múltiples medicamentos prescritos o de venta libre), la alteración de los horarios de las tomas, la alteración de las preparaciones y la presentación para facilitar el uso de los medicamentos o el manejo de los problemas relacionados con los medicamentos.
- Re-envasado de medicamentos y sistemas personalizados de dosificación. Ambos facilitan la toma de medicamentos y sirven como sistemas de recordatorio, facilitando así la adherencia. También pueden permitir que los profesionales de la salud supervisen el uso de los medicamentos de cada paciente.
- Sistemas para facilitar la repetición de recetas y el suministro para el uso continuo de medicamentos.

Estos enfoques se han utilizado tanto individualmente como combinados de diversas formas.

2.6 Iniciativas a nivel de los sistemas de salud

En casi todas las jurisdicciones, la farmacia forma parte del complejo sistema de funciones y estructuras que conforman un sistema de salud. Una revisión detallada de las iniciativas de los sistemas sanitarios que se relacionan con la farmacia está fuera del ámbito de éste informe. Sin embargo, cabe señalar que la farmacia tiene una importante participación en la política sanitaria, la reglamentación, el cumplimiento de las normas por parte de sus propios profesionales y de otros profesionales de la salud, y los mecanismos de control de costes. En general, los principales objetivos de la política farmacéutica a nivel de los sistemas sanitarios son apoyar un suministro fiable de medicamentos de alta calidad que se consideren necesarios para la población atendida y controlar los costes para los gobiernos, los servicios sanitarios y los consumidores.

En muchos sistemas sanitarios, el marco regulador se extiende a la promoción del uso de medicamentos de calidad, y la promoción de la adherencia es un elemento clave para ello¹. Además, mediante la vigilancia de la calidad de los medicamentos suministrados a los pacientes, la farmacia ayuda a prevenir la venta y el uso de medicamentos de calidad subestándar o falsificados, que, según se informa, son especialmente frecuentes en los países de ingresos bajos y medianos².

A nivel nacional e incluso supranacional, la farmacia tiene un historial de denuncia de los costes humanos y económicos de la no adherencia y en proponer políticas y sistemas de financiación diseñados para mejorar la adherencia. En un marco amplio, un ejemplo es el programa de Calidad en el Uso de Medicamentos en Australia¹, que ha garantizado que los recursos nacionales se asignen a una amplia gama de actividades continuas, algunas de las cuales se esbozan en el Capítulo 4. En un marco más específico, la farmacia ha desempeñado un papel destacado en la promoción multiprofesional relacionada con el tratamiento del asma

y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, en particular la denuncia de la no adherencia a la medicación respiratoria inhalada, para que ocupase un lugar prioritario en la agenda política de Europa³.

A nivel regional y local, la farmacia comunitaria contribuye en gran medida a la atención primaria, aunque su potencial como una de las principales agencias de atención primaria no se ha aprovechado plenamente. La barrera es la falta de integración en los sistemas de salud, que a menudo diferencian a los diferentes profesionales de la salud en lugar de permitirles trabajar juntos en las necesidades del paciente. Mantener esta barrera es una tensión entre los médicos y los farmacéuticos. Los médicos tienden a no reconocer que la farmacia podría contribuir en gran medida a la atención de los pacientes, mientras que los farmacéuticos perciben que los médicos no son receptivos a las iniciativas farmacéuticas⁴.

La promoción de la adherencia es a veces un subproducto de elementos reglamentarios que tienen por objeto principal servir a otros objetivos. Por ejemplo, muchas autoridades reguladoras imponen controles sobre quién puede prescribir un medicamento en particular, las indicaciones para las cuales puede ser prescrito, la cantidad que puede ser dispensada, y el número de recetas repetidas que pueden ser emitidas sin requerir que el paciente se someta a una revisión clínica. Estos controles están destinados principalmente a garantizar el uso seguro y apropiado de los medicamentos y a limitar los costes, pero también podrían ayudar a promover la adherencia creando condiciones terapéuticas que involucren a los pacientes y permitan a los responsables de la dispensación participar activamente en la secuencia descrita en la sección 2.1.2. Es importante señalar que constituyen un imperativo para la reunión y el seguimiento de datos sobre prescripciones y dispensación, creando así un mecanismo para el seguimiento de la observancia a nivel de la población⁵.

Con la seguridad como objetivo, los mecanismos reguladores de muchas jurisdicciones definen los requisitos de presentación, envasado y etiquetado. Como se discutió en la sección 3.7, tanto la presentación de los medicamentos, su envasado como la claridad de las etiquetas de los frascos, cajas y blísteres tienen un gran potencial para influir en la adherencia.

Los mecanismos para controlar el coste son importantes para mejorar la adherencia, aunque -quizás sorprendentemente- el coste tiene un efecto menor que otros factores sobre la adherencia en los ancianos y aquellos con enfermedades crónicas. En una encuesta nacional australiana realizada en 2016, se les preguntó a los participantes: "Desde el año pasado, ¿ha habido algún momento en el que hayan retrasado adquirir o no hayan adquirido medicamentos recetados debido al coste? En total, el 7,3% de los encuestados respondió "sí". Sin embargo, un menor número de personas mayores de 65 años respondió que sí: las proporciones oscilaron entre el 6,5 % y el 10,4 % en las personas de 15 a 64 años y entre el 2,0 % y el 2,8 % en las personas mayores de 65 años. Además, menos de los que tenían enfermedades crónicas dijeron "sí"-4,5% de los que tenían afecciones de salud a largo plazo, frente al 8,9% de los demás⁶. Una revisión sistemática y un meta-análisis mostraron que, en las poblaciones aseguradas públicamente con una edad media de 72 años, hubo un aumento significativo de la no adherencia a los medicamentos para los que se requería un copago⁷.

2.7 Educación y formación de los profesionales de la salud

De forma intuitiva, parece probable que los profesionales de la salud que participan en la secuencia descrita en la sección 2.1.2, en particular los farmacéuticos, serían más eficaces en la promoción de la adherencia en pacientes de edad avanzada si sus programas de educación cubrieran los problemas de adherencia y las técnicas de promoción.⁸ Si bien los planes de estudios universitarios modernos de farmacia varían en su diseño y estructura, invariablemente abordan los tres dominios fundamentales del aprendizaje que han prevalecido durante varias décadas: el dominio cognitivo, que abarca las destrezas y conocimientos mentales; el dominio afectivo, que se refiere a las actitudes; y el dominio psicomotor, que abarca las destrezas manuales y físicas⁹.

En general, los planes de estudios de farmacia, tanto a nivel de licenciatura como de posgrado, incluyen conferencias, tutorías y demostraciones sobre cómo tomar el historial de medicamentos de un paciente. Los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir experiencia de primera mano en tomar un historial que cubre las acciones e interacciones tanto de medicamentos recetados como sin receta, así como las reacciones adversas a los medicamentos y las reacciones alérgicas.

Sin embargo, los estudiantes de farmacia por lo general no están capacitados para tomar una historia clínica, que es una de las principales habilidades enseñadas a los estudiantes de medicina. El aprendizaje interprofesional que involucra tanto a estudiantes de medicina como de farmacia daría a ambos grupos la experiencia de tomar un historial médico y un historial de medicamentos.

Los planes de estudios de farmacia de pregrado y postgrado también abarcan la educación y la formación en los principios del asesoramiento y la educación del paciente en relación con el uso y la adherencia a los medicamentos, tanto en general como en relación con una amplia gama de enfermedades específicas.

La formación específica para el asesoramiento y la educación del paciente se lleva a cabo normalmente como un curso de postgrado o como parte de un curso de desarrollo profesional continuo fuera del marco de un programa de titulación. Si bien las evaluaciones publicadas de las intervenciones farmacéuticas para promover la adherencia a veces mencionan la formación de farmacéuticos, rara vez se proporciona información detallada sobre la formación de farmacéuticos. Sin embargo, se proporciona información bastante detallada en los informes sobre servicios de nuevos medicamentos, revisiones farmacoterapéuticas en el hogar o servicios para enfermedades específicas como la hipertensión.

Un ejemplo de la formación de farmacéuticos para proporcionar servicios específicos fue analizado en un estudio australiano, que proporcionó detalles sobre un programa de formación que preparaba a los farmacéuticos para prestar servicios que se centraban en la adherencia a los medicamentos para el tratamiento de la hipertensión. Este estudio reportó que la capacidad y la confianza de los farmacéuticos mejoraron. Sin embargo, no se evaluó el cumplimiento por se ni los resultados de los pacientes. La teoría del aprendizaje social constituyó la base teórica del programa de capacitación, que incluía la provisión de un manual de prelectura autodirigida, conferencias, talleres, estudios de casos y evaluación de competencias que abarcaba la aplicación de conocimientos y habilidades clínicas¹⁰.

La evaluación de la formación específica de farmacéuticos previamente cualificados se ha centrado en afecciones específicas, en particular la hipertensión. Los resultados de la evaluación incluyen la satisfacción de los farmacéuticos con la formación, la adherencia y los resultados de salud, como los cambios en la presión arterial.

Con respecto a los resultados de salud, un ensayo controlado aleatorio¹¹ de "atención farmacéutica mejorada" proporcionada por farmacéuticos acreditados para prescribir medicación antihipertensiva mostró efectos beneficiosos sobre la presión arterial sistólica de los pacientes; los pacientes eran residentes rurales pero no específicamente en el rango de edad de los ancianos¹²

2.8 Asesoramiento y educación de los pacientes y sus cuidadores

Descripción general

En última instancia, los propios pacientes determinan si siguen, o con qué regularidad, las "recomendaciones acordadas por un profesional sanitario" sobre el uso de medicamentos, y su comportamiento está muy influenciado por su pareja, cuidador u otros miembros de la familia, si están presentes. De ello se deduce que cualquier oportunidad para proporcionar asesoramiento y educación a los pacientes y a quienes les rodean tiene un gran potencial para mejorar su propia comprensión y compromiso con la gestión de su enfermedad.

La explicación y la discusión a la hora de dispensar nuevas recetas y reabastecimientos (repeticiones) son responsabilidades naturales y universalmente reconocidas de la farmacia. Durante una consulta de farmacia, el farmacéutico puede¹³:

- Pedir al paciente que hable sobre sus preocupaciones, creencias y preferencias acerca de los medicamentos
- Evaluar la adherencia a la medicación
- Evaluar el uso de los dispositivos de dosificación y monitoreo de medicamentos, y proporcionar educación y orientación según sea necesario
- Intentar resolver cualquier problema identificado relacionado con los medicamentos
- Discutir la gestión de la enfermedad

- Discutir los factores del estilo de vida que podrían afectar el uso de medicamentos y el estado de salud, por ejemplo, el tabaquismo o el consumo de alcohol.
- Discutir cualquier dificultad para obtener, usar y almacenar los medicamentos
- Discutir la presentación del medicamento y si un cambio en la forma farmacéutica (por ejemplo, de comprimidos a formas líquidas) podría ser útil
- Obtener un historial del uso de medicamentos con o sin receta, incluyendo los de medicinas alternativas, y discutir cualquier efecto secundario potencial e interacciones
- Crear un perfil de medicación y desarrollar un plan de acción para cualquier acción que surja de la consulta
- Proporcionar información por escrito (por ejemplo, folletos informativos para el paciente), según corresponda.
- Revisar cualquier parámetro clínico disponible que pueda reflejar la adherencia (por ejemplo, HbA1C en suero y niveles de glucosa en la sangre para personas con diabetes).

El primer punto — pedir al paciente que discuta sus preocupaciones, creencias y preferencias — eleva al paciente de un papel pasivo a uno de asociación con el prescriptor y el dispensador. La asociación se basa en la comunicación bidireccional en lugar de proyectar al paciente como un receptor pasivo del asesoramiento y la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Este enfoque negociado es parte de la concordancia y puede conducir a una mejor adherencia a la medicación. Las intervenciones sugeridas para promover la asociación han incluido animar a los pacientes, por medio de anuncios, a hacer preguntas a sus farmacéuticos. Sin embargo, las intervenciones dirigidas a los farmacéuticos demostraron tener un efecto positivo mayor sobre el cumplimiento que las dirigidas a los pacientes. Estas intervenciones incluyeron la provisión de entrevistas estructuradas o protocolos de preguntas para ayudar a los farmacéuticos a determinar la naturaleza de los problemas relacionados con los medicamentos de los pacientes en relación con enfermedades como el asma, la EPOC y la hipertensión¹⁴.

Enfermedades específicas

Se han evaluado varios modelos de asesoramiento y educación, sobre todo en relación con afecciones médicas específicas o grupos de afecciones. Los siguientes son algunos ejemplos ilustrativos.

Alzheimer

Un estudio japonés evaluó un servicio dirigido por una farmacia para mejorar la adherencia a la terapia con donepezilo al proporcionar información a los pacientes y sus familias sobre la enfermedad de Alzheimer y la importancia de una farmacoterapia consistente. Los pacientes fueron derivados al servicio por su médico de atención primaria. Al farmacéutico consultor se le proporcionaron datos clínicos y funcionales sobre cada paciente participante, y luego se reunió con el paciente y sus familiares. La formación cubrió información sobre cómo almacenar y tomar el medicamento y las acciones del donepezilo, incluyendo la latencia en las manifestaciones de sus efectos, la naturaleza de sus efectos para mejorar los síntomas y/o retrasar la progresión, y los beneficios para los cuidadores. Se programó una segunda consulta con el farmacéutico cuatro semanas después de la primera. Todos los usuarios de donepezilo fueron inscritos en una comparación no concurrente de pacientes que comenzaron la medicación antes y después de la introducción del servicio. La tasa de persistencia del donepezilo durante un año entre los pacientes que utilizaron el servicio fue del 73%, en comparación con el 49% entre los que no lo hicieron¹⁵.

Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En el contexto del asma y la EPOC, la adherencia significa no sólo tomar o usar medicamentos recetados, sino también seguir la técnica correcta para usar inhaladores. El inhalador añade complejidad a la mejora del cumplimiento en el tratamiento del asma y la EPOC. Una revisión sistemática de los errores en el uso de inhaladores encontró que la técnica del inhalador era incorrecta en casi un tercio de más de 59.500 pruebas observadas de la técnica descritas en 144 artículos publicados, y que la prevalencia de la técnica incorrecta del inhalador no había mejorado apreciablemente en un período de 40 años¹⁶. Los autores sugieren que los pacientes pueden haber recibido una instrucción insuficiente con la observación del instructor, y reiteran los componentes aceptados de la formación del paciente: instrucción adecuada con demostración y observación, enseñanza repetida, selección individualizada del inhalador para cada paciente (posiblemente eligiendo entre inhaladores de polvo seco activados por la respiración e inhaladores de dosis medida), instrucciones en vídeo,

asistencia informática y material escrito. La revisión sistemática no se centró en ningún rango de edad en particular, aparte de analizar por separado a los niños, y no destacó el papel de la farmacia en la educación sugerida para los pacientes. Sin embargo, está claro que el problema se aplicaría en todos los rangos de edad de los adultos y posiblemente más en los ancianos, y que los farmacéuticos que dispensan inhaladores deberían proporcionar educación sobre la técnica de los inhaladores y vigilarla. Como se señaló en la sección 2.1.5, en la Unión Europea se ha fomentado especialmente que la no adherencia a los medicamentos respiratorios inhalados ocupe un lugar prioritario en la agenda política³.

Enfermedades cardiovasculares

Un estudio cualitativo que analizaba la participación de los farmacéuticos en el apoyo a los pacientes con enfermedades cardiovasculares puso de relieve las percepciones de los farmacéuticos de que el alcance de su práctica incluía el asesoramiento a los pacientes sobre sus enfermedades, las modificaciones del estilo de vida y el control de la enfermedad o de los factores de riesgo, así como el asesoramiento sobre los medicamentos y la adherencia. La mayoría de los 21 farmacéuticos comunitarios participantes consideraron que tenían suficiente conocimiento sobre las enfermedades cardiovasculares para hacer esto de manera efectiva. Sin embargo, aquellos que ofrecían un mayor nivel de atención expresaron interés en la posibilidad de especializarse y obtener credenciales para los servicios profesionales de farmacia en enfermedades cardiovasculares⁴. En los ancianos, las enfermedades cardiovasculares a menudo se asocian con deterioro cognitivo y, como se ha señalado en la sección 2.1.3, el deterioro cognitivo a menudo no se reconoce. Por ejemplo, un estudio de 251 veteranos de EE.UU. mayores y pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca encontró una prevalencia sorprendentemente alta de deterioro cognitivo no reconocido (58%), y que el deterioro cognitivo se asoció significativamente con una adherencia más deficiente a la medicación¹⁷. Esto apunta a una necesidad particular de que los farmacéuticos consideren el deterioro cognitivo en la prestación de asesoramiento y educación a los pacientes, y el valor de la participación de los cuidadores de los pacientes.

Depresión

Los pacientes que toman antidepresivos experimentan una alta incidencia de problemas de no adherencia, y el asesoramiento de los farmacéuticos tiene el potencial de mejorarla. Un estudio de las prácticas de asesoramiento farmacológico utilizó pacientes simulados en tres escenarios: un paciente que dudaba en comenzar el tratamiento y recibía un antidepresivo por primera vez; un paciente que percibía falta de efecto dos semanas después de comenzar el tratamiento; y un paciente que deseaba interrumpirlo después de tres meses debido a la mejoría. En el estudio se llegó a la conclusión de que, si bien los farmacéuticos proporcionaban información sobre los riesgos y beneficios, su cobertura de las cuestiones relacionadas con la adherencia era incompleta.¹⁸

Diabetes mellitus tipo 2

Una revisión sistemática del 2015 de la adherencia a agentes antidiabéticos orales y la insulina identificó 52 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. En general, los resultados fueron inconsistentes, con algunas intervenciones comparables que produjeron resultados contrarios para los resultados de adherencia medidos de forma comparable - por ejemplo, intervenciones que incluían educación continua y mensajes de texto de refuerzo basados en los niveles de glucosa en sangre de los pacientes, y planes de atención proporcionados por los farmacéuticos.¹⁹ En vista de la prevalencia relativamente alta de no adherencia a la medicación antidiabética y la importancia de controlar la diabetes, existe una guía escrita detallada disponible para los farmacéuticos que proporcionan apoyo a los pacientes con diabetes¹³.

Hipertensión

En Montana, EE.UU., se realizó una evaluación antes-después de una intervención farmacéutica en una comunidad rural para mejorar la adherencia a la medicación antihipertensiva para la presión arterial. El estudio mostró un aumento en la adherencia del 73% al 89%. La intervención consistió en breves consultas y el suministro de material educativo estándar. Las farmacias participantes recibieron fondos del programa específico para proporcionar la intervención, sincronizar las recetas entre los prescriptores y proporcionar comentarios a los médicos²⁰.

Trastornos inflamatorios inmunomediados

Una revisión sistemática de las intervenciones para mejorar el cumplimiento en pacientes con trastornos inmunomediados comprendió estudios de pacientes adultos en ámbitos ambulatorios con psoriasis y artritis psoriásica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, espondiloartritis y esclerosis múltiple. Se identificaron un total de 1.538 citas y, de éstos, 15 estudios cumplieron los criterios de inclusión. Las intervenciones informadas en estos estudios comprendieron las siguientes: (i) intervenciones educativas, que abarcan el conocimiento de la enfermedad, los mecanismos de acción, los beneficios y los efectos secundarios de los medicamentos prescritos y las consecuencias de la no adherencia; (ii) intervenciones conductuales, que promueven y/o refuerzan la adherencia mediante recordatorios y entrevistas motivacionales; (iii) intervenciones cognitivo-conductuales, diseñadas para alterar el pensamiento o los patrones de comportamiento con el fin de apoyar la adherencia; y (iv) intervenciones multicomponentes, que combinan cualquiera de los puntos (i) a (iii). En general, los resultados sugirieron que las intervenciones de componentes múltiples fueron efectivas para mejorar la adherencia en la mayoría de las condiciones consideradas²¹.

Osteoporosis

El potencial para prevenir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la osteoporosis por medio de la farmacoterapia ha sido reconocido durante más de dos décadas²². Un estudio de grupo focal de pacientes con osteoporosis se concentró en la experiencia de los pacientes con los médicos, pero reportó que los factores que afectan la adherencia a la farmacoterapia para la osteoporosis incluían una falta de conocimiento sobre la osteoporosis y la dificultad con los medicamentos o la falta de memoria para tomarlos. Algunas de las soluciones sugeridas, que incluían sistemas personalizados de dosificación y educación por parte de profesionales de la salud distintos de los médicos, están indudablemente dentro del ámbito de la práctica del farmacéutico dispensador²³. Una revisión sistemática destacó la necesidad de que los farmacéuticos participen en el asesoramiento a los pacientes sobre la duración óptima del tratamiento y la importancia de seguir las recomendaciones de las "vacaciones del fármaco" de las directrices de la práctica clínica, con monitorización y reevaluación para reiniciar el tratamiento²⁴.

Participación de los pacientes

En general, las intervenciones educativas están diseñadas para aumentar la autoeficacia de los pacientes y la comprensión de su enfermedad y sus medicamentos. Es probable que la eficacia de la educación de los pacientes aumente si se les da la oportunidad de participar en sus propias decisiones de tratamiento y manejo, y a través de la automonitorización.

Una revisión sistemática reciente de las intervenciones para mejorar la adherencia entre los pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo y que viven en la comunidad identificó dos estudios que evaluaron las intervenciones educativas. Las intervenciones incluyeron la provisión de información oral, escrita o visual, o una combinación de ambas²⁵. Ambos estudios mostraron que los programas educativos estaban asociados con mejoras significativas en la adherencia^{15,26}.

La educación del paciente se proporciona principalmente a través de la comunicación oral entre el prescriptor y/o el dispensador y el paciente, a menudo complementada con materiales escritos. Otros formatos de comunicación y formatos multimedia que utilizan más de un formato han sido ampliamente evaluados. Estos incluyen la combinación de (i) texto, gráficos fijos y fotografías o diagramas, (ii) video y formatos de animación, y (iii) audio. Las ventajas potenciales del uso de múltiples medios de comunicación en los programas de educación del paciente son las siguientes:

- Es probable que los pacientes con bajos niveles de alfabetización encuentren los formatos multimedia más accesibles que la entrega convencional hablada o escrita.²⁷
- Cuando existe una barrera lingüística percibida o conocida, los materiales multimedia pueden traducirse más fácilmente que encontrar servicios de interpretación satisfactorios para consultas individuales.
- La información puede ser tomada al ritmo preferido por el paciente, a diferencia de la comunicación oral.
- La información puede repetirse según sea necesario.

- Las plataformas contemporáneas de tecnología de la información y la comunicación que pueden utilizarse para impartir educación a los pacientes son portátiles y/o pueden ser impulsadas por Internet, lo que permite a los pacientes y a sus cuidadores tener acceso cuando y donde lo necesiten, y a bajo coste.
- La información puede ser adaptada o personalizada para ser relevante a las necesidades particulares de cada paciente.

A pesar de estas ventajas potenciales, una revisión sistemática de las intervenciones multimedia no encontró diferencias en el efecto sobre la adherencia entre la educación multimedia y la atención habitual o ninguna educación. Esto se basó en evidencias de calidad moderada de dos estudios (con 4.552 sujetos) que examinaron la adherencia como resultado, de entre 24 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión de la revisión sistemática. Aunque los 24 estudios se centraron en iniciativas educativas, las intervenciones que evaluaron incluyeron otros componentes, como el asesoramiento, la terapia cognitivo-conductual y otras formas de apoyo, y el efecto de la educación multimedia sobre los resultados no pudo separarse de los efectos de estos otros componentes. En general, no se proporcionó información suficiente sobre la variabilidad y la calidad de las intervenciones, y los datos no pudieron agruparse debido al alto nivel de heterogeneidad en los comparadores utilizados y los resultados medidos²⁸.

Asesoramiento y educación de seguimiento

Tal como en el momento de la dispensación, el asesoramiento y la educación en la farmacia pueden tener lugar en el contexto del seguimiento. Un ejemplo es la intervención del Servicio de Nuevos Medicamentos (NMS, por sus siglas en inglés), que se ha introducido en Inglaterra²⁹, y se ha reproducido en Irlanda³⁰ (véase el capítulo 4) y, más recientemente, en Noruega³¹. En Inglaterra, la intervención del NMS comienza cuando un paciente lleva una receta a una farmacia comunitaria para un medicamento que no ha tomado anteriormente. Consiste en dos citas de seguimiento, ya sea cara a cara o por teléfono, con el farmacéutico, respectivamente 7-14 y 21-35 días después de la primera toma del medicamento. El objetivo de cada encuentro es averiguar si el paciente está experimentando alguna dificultad con el medicamento, manejarlo adecuadamente y promover la adherencia. Una evaluación formal de coste-efectividad mostró que el NMS mejoró la adherencia en comparación con la práctica normal, y que esto "se tradujo en una ganancia en salud y un coste inferior"²⁹.

Asesoramiento telefónico

El asesoramiento telefónico por farmacéuticos ofrece una forma muy eficaz de ofrecer orientación sobre la adherencia, en particular para las consultas de seguimiento. Se ha utilizado el asesoramiento telefónico para apoyar tanto a los pacientes como a los cuidadores. Al igual que con todos los servicios de asesoramiento, se requiere formación, y es importante que quienes lo ofrecen sean conscientes de que no existe la noción de "lenguaje corporal".

En un ensayo realizado en Hong Kong de asesoramiento telefónico por farmacéuticos (frente al enfoque de "atención habitual"), se asignaron al azar pacientes estables no adherentes con cinco o más medicamentos crónicos para recibir una intervención que consistía en seis a ocho llamadas telefónicas de 15 minutos durante dos años. El rango de edad de los sujetos fue de 34 a 96 años, con una media de 71 años. Las llamadas telefónicas tuvieron lugar en la mitad del período entre las visitas a la clínica. En cada llamada telefónica, el farmacéutico preguntaba sobre el régimen de tratamiento del paciente y aclaraba los conceptos erróneos al respecto, respondía a las preguntas sobre los efectos secundarios, reforzaba la importancia de la adherencia a la medicación y a otros elementos del régimen de tratamiento, y promovía conductas saludables. Más de la mitad de los pacientes asignados al azar se convirtieron en adherentes después del cribado (screening), sin ninguna intervención adicional. En el grupo de intervención, una mayor proporción de pacientes no adherentes al inicio del estudio se volvieron adherentes, y una mayor proporción de pacientes adherentes al inicio del estudio permanecieron adherentes. Las puntuaciones de alta adherencia se asociaron con una reducción significativa de la mortalidad. Los autores concluyeron que el aspecto importante de la intervención era el hecho de que proporcionaba un refuerzo periódico, y que esto tenía un efecto en la promoción de la persistencia con el tratamiento³².

Una breve intervención telefónica del farmacéutico abordó específicamente las barreras a la adherencia entre los pacientes ancianos no adherentes con hipertensión y diabetes mellitus que tomaban inhibidores de la

enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de angiotensina II. Los sujetos estaban en un plan de salud Medicare Advantage de los EE.UU, lo que permitió la compilación y el análisis de datos de diagnóstico, prescripción y dispensación. El farmacéutico del plan de salud siguió un guión estándar diseñado para incluir una introducción, alertar a los pacientes sobre el retraso en la reposición de sus medicamentos y preguntas específicas para identificar las barreras a la adherencia de los medicamentos. Luego, el farmacéutico proporcionó recomendaciones para la gestión de los problemas identificados. La mayoría de las conversaciones telefónicas duraban de tres a cinco minutos. El farmacéutico también puede llamar a los médicos o farmacias de los pacientes para resolver los problemas identificados. Durante un período de seis meses después de la intervención, los pacientes que recibieron la intervención tuvieron una adherencia significativamente mejor, según lo medido por los indicadores estándar, aunque los niveles de adherencia de los grupos de intervención y control permanecieron por debajo de lo óptimo. Las barreras más comunes a la adherencia eran la memoria y los "problemas médicos", como la dificultad para programar citas³³.

La importancia de proporcionar apoyo a los cuidadores de los pacientes con deterioro cognitivo significativo o demencia ha sido ampliamente reconocida³⁴. Se ha preparado un protocolo para una revisión sistemática de las intervenciones telefónicas realizadas por profesionales de la salud para educar y apoyar psicosocialmente a los cuidadores informales de pacientes adultos³⁵. Esto se discute con más detalle en la sección 3.5 más adelante.

Espacio físico para las consultas de farmacia

Varias publicaciones han llamado la atención sobre la importancia del espacio físico y la privacidad dentro de los locales de las farmacias para que los farmacéuticos, los pacientes y sus cuidadores puedan tener consultas confidenciales y sin interrupciones. Por ejemplo, las directrices de la Sociedad Farmacéutica de Australia para la prestación de servicios de adherencia estipulan¹³ que la zona debe estar:

- Físicamente separada del área de farmacia de atendimento general para proporcionar privacidad y confidencialidad, y para evitar que el paciente y el farmacéutico sean escuchados por otros.
- Amueblado de tal manera que el farmacéutico y el paciente puedan sentarse, y lo suficientemente grande para esta premisa, y para cualquier equipo y documentación que puedan ser necesarios.
- Marcado como un área de consultoría privada.

En algunos países, como Portugal, la existencia de un área de consulta privada es obligatoria por ley.

2.9 El papel de los cuidadores

Se ha demostrado que la presencia de cuidadores que viven con pacientes mejora la adherencia de los pacientes con deterioro cognitivo, incluidos aquellos con deterioro cognitivo leve. Sin embargo, la presencia de un cuidador rara vez ocurre en ausencia de otros factores que también puedan influir en la adherencia. En consecuencia, el beneficio atribuible a la presencia del cuidador puede ser difícil de discernir³⁶.

En muchos casos, el cuidado recae en los miembros de la familia y otros cuidadores "informales", es decir, aquellos a quienes no se les paga por el cuidado. La carga física, social, emocional y financiera que soportan los cuidadores informales es considerable, y se argumenta que el apoyo de un consejero profesional o de una persona en una situación similar puede ayudar a mitigar esta carga. El teléfono es claramente un medio conveniente para proporcionar apoyo a los cuidadores, especialmente cuando éste se encuentra confinado en el hogar con un paciente.

Una revisión sistemática de los estudios que utilizaron intervenciones de telesalud diseñadas para mejorar los resultados de salud de los cuidadores familiares identificó 4.205 artículos, de los cuales 65 cumplieron con los criterios de inclusión. De estos, 33 artículos se referían a cuidadores familiares de pacientes adultos y mayores. Las tecnologías utilizadas incluyeron video, internet, teléfono y telemetría/ monitorización remota. Las intervenciones realizadas a través de estas tecnologías incluyeron educación, consulta y apoyo a la toma de decisiones, apoyo psicosocial, terapia cognitivo-conductual, entrenamiento en la resolución de problemas, apoyo social, monitorización y prestación de atención clínica. En 62 de los 65 artículos, se informó que los resultados de los cuidadores habían mejorado. Los resultados incluyeron una mejor salud psicológica (menos

ansiedad, depresión, estrés, carga, irritación y aislamiento), mejores conocimientos y habilidades para el cuidado, mejor calidad de vida y mejor apoyo social y funcionamiento social³⁷.

2.10 Polifarmacia, regímenes complejos y revisiones farmacoterapéuticas

La polifarmacia - a menudo presentada como el uso de cinco o más medicamentos³⁸ - es común entre las personas mayores que viven en la comunidad. Tanto la intuición como la evidencia³⁹ de la investigación sugieren que múltiples medicamentos recetados y un régimen complejo de medicación afectan de forma negativa al cumplimiento. Se ha comprobado que la adherencia es inversamente proporcional a la frecuencia de las tomas⁴⁰. La polifarmacia tiende a estar asociada con comorbilidades, y la presencia de enfermedades comórbidas puede afectar de forma independiente la adherencia. La polifarmacia puede también, en algunas circunstancias, ser una expresión de sobrediagnóstico, que "se produce cuando un diagnóstico es 'correcto' de acuerdo con los estándares profesionales actuales, pero cuando el diagnóstico o el tratamiento asociado tiene una baja probabilidad de beneficiar a la persona diagnosticada⁴¹". El sobrediagnóstico es cada vez más reconocido en la atención sanitaria actual.

Según un protocolo publicado, se está llevando a cabo una revisión sistemática⁴² de las intervenciones para mejorar la adherencia en adultos mayores a los que se les prescriben múltiples medicamentos. Una revisión sistemática anterior de la atención farmacéutica encontró que tres enfoques tuvieron éxito: el seguimiento usual programado de los pacientes combinado con el uso de sistemas personalizados de dosificación con múltiples compartimentos; la educación grupal combinada con tarjetas de medicamentos individualizadas; y la revisión farmacoterapéutica por parte de los farmacéuticos, concentrándose en la simplificación del régimen⁴³.

Un enfoque sólido para la resolución de la polifarmacia es la revisión del uso de medicamentos (revisión farmacoterapéutica), que puede llevarse a cabo en la farmacia o en el hogar (o en una residencia de ancianos) de un paciente mayor con afecciones crónicas. La Red Europea de Atención Farmacéutica ha elaborado una clasificación de los tipos de revisión del uso de medicamentos en función de su cobertura. Se describen cuatro tipos⁴⁴:

- Tipo 1: Una simple revisión de los medicamentos basada en la información de la historia clínica disponible en la farmacia. Esto puede revelar interacciones con otros medicamentos, algunos efectos secundarios, dosis inusuales y algunos problemas de adherencia.
- Tipo 2A: Una revisión intermedia de la medicación basada en la información obtenida directamente del paciente, incluyendo el historial de medicación. Además de los resultados de una revisión Tipo 1, esto puede revelar interacciones entre medicamentos y alimentos, problemas de efectividad, efectos secundarios y problemas con medicamentos sin receta.
- Tipo 2B: Una revisión intermedia de la medicación basada en información obtenida también del médico generalista. Se puede obtener información adicional sobre las indicaciones de los medicamentos utilizados y los medicamentos que se toman sin indicación.
- Tipo 3: Una revisión avanzada de medicamentos basada en el historial de medicamentos, información del paciente e información clínica. Se puede obtener más información adicional acerca de las cuestiones de dosificación.

Se puede demostrar que las revisiones farmacoterapéuticas son eficaces^{45,46}, pero a menudo plantean dificultades logísticas. Las revisiones farmacoterapéuticas en el hogar, en particular, consumen mucho tiempo para los farmacéuticos y los desvían de su carga de trabajo de dispensación. Los sistemas de remuneración de este servicio suelen ser engorrosos o inadecuados. Es probable que las revisiones farmacoterapéuticas sean más efectivas cuando existe una buena relación de trabajo entre el farmacéutico y el médico del paciente. Se necesita el consentimiento, y esto puede ser difícil de obtener de un paciente con deterioro cognitivo. Sin embargo, cuando estos problemas logísticos se pueden superar, las revisiones farmacoterapéuticas son un mecanismo excelente para la gestión de la polifarmacia.

2.11 Envasado, sistemas personalizados de dosificación y sistemas de recordatorio

Las tiras de blíster (láminas de plástico con cavidades o blísteres que contienen comprimidos o cápsulas, selladas con una fina lámina de aluminio⁴⁷) se han utilizado ampliamente durante décadas. En algunas tiras de blíster, cada blíster se etiqueta con el día de la semana. Esta forma de envase sirve como una simple ayuda para la administración de dosis y es especialmente útil para el uso de medicamentos que dependen de la adherencia a la dosis diaria, como los anticoagulantes orales.

Para los pacientes comprometidos con la toma de su medicación, ayudan intuitivamente a prevenir la omisión de dosis individuales, y proporcionan una respuesta sencilla a la pregunta que a menudo se hace: "¿He tomado mis medicinas hoy o no?" El reenvasado de tabletas y cápsulas en un dispositivo multicompartimentos ha sido un método popular y confiable para ayudar a los pacientes que deben tomar múltiples medicamentos y dosis cada día⁴⁸. El dispositivo contiene todas las tabletas y cápsulas necesarias para cada momento del día, y cada día de la semana. El farmacéutico dispensa los medicamentos en el dispositivo, el cual está sellado para prevenir derrames o la mezcla de los artículos que contiene. Por lo general, los farmacéuticos comunitarios apoyan el uso de dispositivos multicompartimentos, pero consideran que pueden no ser un mecanismo apropiado para promover la adherencia cuando el régimen de medicación de un paciente puede cambiar, o cuando el paciente desea participar activamente en su terapia⁴⁹. Por supuesto, estos dispositivos sólo pueden utilizarse para preparados sólidos en forma de tabletas o cápsulas.

Las evaluaciones recientes se han concentrado en los sistemas personalizados de dosificación electrónicos, definidos como "dispositivos electrónicos de promoción de la adherencia integrados en el envase de un medicamento de prescripción". Una variedad de tales dispositivos han sido inventados. Algunos de ellos incorporan sistemas de recordatorio que incluyen indicaciones audibles o visuales, otros dispensan medicamentos que deben tomarse según el programa de dosificación prescrito, y otros envían alertas a los cuidadores o a los profesionales de la salud en caso de que se omitan las dosis⁵⁰ utilizando sistemas de software para diversos dispositivos, como teléfonos móviles y ordenadores. Se ha estudiado la eficacia de los sistemas de información (no específicamente de los sistemas de alerta de medicamentos) que envían alertas a un profesional de la salud en pacientes de edad avanzada. Los pacientes y los cuidadores estaban motivados para utilizar estos sistemas, pero los profesionales que recibían las alertas a menudo no respondían de un modo suficiente para resolver oportunamente los asuntos que los pacientes señalaban a su atención.

En general, las evaluaciones de los dispositivos electrónicos han sido equívocas, lo que puede reflejar la diversidad de contextos clínicos en los que se utilizan. En una revisión sistemática, se examinaron⁵² 32 ensayos aleatorios y cinco estudios no aleatorios de una amplia gama de dispositivos electrónicos. Todos los dispositivos tenían las siguientes características: permitían registrar las tomas programadas; almacenaban registros de adherencia; proporcionaban recordatorios audiovisuales para tomar medicamentos; tenían pantallas digitales; y proporcionaban seguimiento en tiempo real y feedback sobre la adherencia. En general, los resultados no confirmaron su efectividad. Los estudios revisados fueron de calidad variable y los efectos de los dispositivos sobre el cumplimiento también fueron muy variables.

La robótica ofrece la posibilidad de integrar las funciones de los dispositivos existentes, que invariablemente se centran en un único aspecto del uso de medicamentos, como el de proporcionar recordatorios. Recientemente, se ha desarrollado un dispositivo para controlar todos los aspectos del uso de medicamentos para pacientes mayores cuidados en el hogar y con medicación a largo plazo. A las horas de las tomas establecidas, el dispositivo emite un mensaje recordatorio hablado, una señal audible, una señal luminosa y una pantalla de texto. De este modo, se le pide al paciente que pulse un botón en la parte frontal del dispositivo, que a continuación entrega una bolsita con los medicamentos necesarios. Si el paciente se salta una toma, el dispositivo envía una señal de alarma a la central de asistencia a domicilio y un miembro del personal de la central puede intervenir. La alarma permanece activada hasta que se resuelve el problema que la activó. Las dosis no utilizadas se trasladan a un compartimento cerrado si no se utilizan dentro de un tiempo predeterminado. El dispositivo registra los datos sobre las bolsitas dispensadas o no utilizadas, es seguro y a prueba de manipulaciones, y registra los intentos de manipulación. Un estudio piloto ha demostrado que el dispositivo es aceptable para pacientes motivados y para el personal de los servicios de atención domiciliaria, y que tiene un valor potencial particular para las personas mayores que viven solas. Tras el estudio piloto, se introdujeron mejoras para garantizar la seguridad del dispositivo y mejorar su fiabilidad⁵³.

2.12 Conclusión

En general, especialmente en los ancianos, con o sin un cuidador involucrado, no se ha demostrado que una sola intervención supere la no adherencia. Es evidente, sin embargo, que una buena comunicación entre el farmacéutico y el paciente reducirá la no adherencia. Los sistemas personalizados de dosificación mecánicos y electrónicos modificados pueden ser útiles para algunos pacientes, pero no para todos. Es probable que tengan el mayor beneficio potencial para aquellos pacientes con mala memoria y confusión asociados con la toma de medicamentos en caso de no adherencia involuntaria. La mejora de la comunicación entre todos los que participan en la atención del paciente, junto con el aprendizaje y la enseñanza continuos, será el enfoque más gratificante y probablemente reducirá la prevalencia de la no adherencia.

2.13 Referencias

1. Department of Health. Quality Use of Medicines. Canberra, Australian Government, 2011. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/nmp-quality.htm>
2. World Health Organization. Substandard and falsified medical products. Fact sheet. Geneva, WHO, 2017.
3. van Boven JFM, Lavorini F, Dekhuijzen PNR, et al. Urging Europe to put non-adherence to inhaled respiratory medication higher on the policy agenda: report from the First European Congress on Adherence to Therapy. *European Respiratory Journal* 2017;49(5):1700076 [<https://doi.org/10.1183/13993003.00076-2017>].
4. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. Challenges in the care of clients with established cardiovascular disease: lessons learned from Australian community pharmacists. *PLoS One* 2014;9(11):e113337.
5. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *BioMed Research International*, 2015; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/217047>.
6. Australian Bureau of Statistics. Patient Experiences in Australia, 2016-17: Summary of Findings. ABS Catalogue No 4839.0. Canberra, Australian Government, 2017 (accessed online – www.abs.gov.au).
7. Sinnott S-J, Buckley C, O’Riordan D, et al. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly-insured patients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e64914.
8. Usherwood T. Encouraging adherence to long-term medication. *Australian Prescriber* 2017;40:147–50
9. Bloom BS. Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. New York, David McKay Company Inc, 1956.
10. Bajorek BV, Lemay KS, Magin PJ, et al. Preparing pharmacists to deliver a targeted service in hypertension management: evaluation of an interprofessional training program. *BMC Medical Education* 2015;15:157 [<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0434-y>]
11. Charrois TL, McAlister FA, Cooney D, et al. Improving hypertension management through pharmacist prescribing: the rural Alberta clinical trial in optimizing hypertension (Rural RxACTION): trial design and methods. *BMC Implementation Science*, 2011;11:94 [<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-94>].
12. Tsuyuki RT, Houle SK, Charrois TL, et al, RxACTION Investigators. Randomized trial of the effect of pharmacist prescribing on improving blood pressure in the community: the Alberta Clinical Trial in Optimizing Hypertension (RxACTION). *Circulation* 2015;132(2):93–100.
13. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing MedsCheck and Diabetes MedsCheck services. Canberra, PSA, 2017.
14. Stevenson FA, Cox K, Britten N, et al. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations* 2004;7:235–45.
15. Watanabe N, Yamamura K, Suzuki Y, et al. Pharmacist-based donepezil outpatient consultation service to improve medication persistence. *Patient Preference and Adherence* 2012;6:605–11.
16. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, on behalf of the Aerosol Drug Management Improvement Team. Systematic review of errors in inhaler use. Has patient technique improved over time? *Chest* 2016;150(2):394–405 [<https://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2016.03.041>].
17. Hawkins KA, Kilian S, Firek A, et al. Cognitive impairments and medication adherence in outpatients with heart failure. *Heart & Lung* 2012;41:572–82.

18. Chong WW, Aslani P, Chen T. Adherence to antidepressant medications: an evaluation of **community pharmacists' counseling practices**. *Patient Preference and Adherence* 2013;7:813–25.
19. Sapkota S, Brien J, Greenfield J, et al. A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with Type 2 diabetes — impact on adherence. *PLoS One* 2015;10(2):e0118296 [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118296>].
20. Oser CS, Fogle CC, Bennett JA. A project to promote adherence to blood pressure medication among people who use community pharmacies in rural Montana, 2014–2016. *Preventing Chronic Disease* 2017;14:E52 [doi: 10.5888/pcd14.160409].
21. Depont F, Berenbaum F, Filippi J, et al. Interventions to improve adherence in patients with immune-mediated inflammatory disorders: a systematic review. *PLoS One* 2015;10(12):e0145076 [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145076>].
22. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. *JAMA* 2001;285:785–95.
23. Iverson M, Vora R, Servi ABA, et al. Factors affecting adherence to osteoporosis medications: a focus group approach examining viewpoints of patients and providers. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 2011;34(2):72–81 [doi: 10.1097/JPT.0bo13e3181ffo3b4].
24. Murphy-Menezes M. Role of the pharmacist in medication therapy management service in patients with osteoporosis. *Clinical Therapeutics* 2015;37(7):1573–86 [<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.03.023>].
25. Kröger E, Tatar OP, Vedel I, et al. Improving medication adherence among community-dwelling seniors with cognitive impairment: a systematic review of interventions. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39:641–56.
26. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:2563–71.
27. Wofford JL, Smith ED, Miller DP. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review 2005;59(2):148-157. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.011>
28. Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, et al. Multimedia educational interventions for consumers about prescribed and over-the-counter medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;CD008416.
29. Elliott RA, Tanajewski L, Gkountouras G, et al. Cost-effectiveness of support for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: an economic evaluation of the New Medicine Service (NMS) compared with normal practice. *Pharmacoeconomics* 2017;35(12):1237–55.
30. McCool S, Logan P. IPU New Medicine Service (NMS) pilot 2017 report. Dublin, Irish Pharmacy Union, 2017.
31. **ClinicalTrials.gov. Effectiveness of “Medinstart”. US National Library of Medicine, 2017.** [<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02261402>].
32. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333(7567):522.
33. Abughosh SM, Wang X, Serna O, et al. A pharmacist telephone intervention to identify adherence barriers and improve adherence among nonadherent patients with comorbid hypertension and diabetes in a Medicare Advantage plan. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy* 2016;22(1):63–73; [<https://doi.org/10.18553/jmcp.2016.22.1.63>].
34. Salfi J, Ploeg J, Black AE. Seeking to understand telephone support for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research* 2005;27:701–21.
35. Corry M, Smith V, Neenan K, et al. Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for educating and psychosocially supporting informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Library* 2017; doi: 10.1002/14651858.CD012533.
36. Smith D, Lovell J, Weller C, et al. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PLoS One* 2017;12(2):e0170651.
37. Chi N-C, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2015;21(1):37–44. [<https://doi.org/10.1177/1357633X14562734>].
38. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*. 2017;17:230. doi:10.1186/s12877-017-0621-2.

39. Haynes RB, Ackloo E, Sahoita N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
40. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics* 2001;23:1296–310.
41. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
42. Cross AJ, Elliott RA, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *The Cochrane Library* 2016;10:CD012419.
43. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs and Aging* 2008;25(4):307–24.
44. Pharmaceutical Care Network Europe. Statement on medication review 2013. Zuidlaren, PCNE, 2013.
45. Messerli M, Blozik E, Vriends N, et al. Impact of a community pharmacist-led medication review of medicines use in patients on polypharmacy — a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Services Research* 2016;16:145 [doi: 10.1186/s12913-016-1384-8].
46. Chia BY, Cheen MHH, Gwi XY, et al. Outcomes of pharmacist-provided medication review in collaborative care for adult Singaporeans receiving hemodialysis. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39(5):1031–8.
47. Therapeutic Goods Administration. TGA Medicine Labelling and Packaging Review. Consultation Paper. Canberra, Department of Health and Ageing, Australian Government, 2012.
48. Hersberger KE, Boeni F, Arnet I. Dose-dispensing service as an intervention to improve adherence to polymedication. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2013;6:413–21.
49. Stewart D, Mc Donald C, MacLeod J, et al. The behaviors and experiences of the community pharmacy team on the provision of multi-compartment compliance aids. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 2018;14(4):347–55. [<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.04.004>]
50. Paterson M, Kinnear M, Bond C, et al. A systematic review of electronic multi-compartment medication devices with reminder systems for improving adherence to self-administered medications. *British Journal of Pharmacology* 2017;25(3):185–94.
51. de Jong CC, Ros WJG, van Leeuwen M, et al. The challenge of involving elderly patients in primary care using an electronic communication tool with their professionals: a mixed methods study. *Journal of Innovation in Health Informatics* 2017;24(3):275–83.
52. Checchi KD, Huybrechts KF, Avorn J, et al. Electronic medication packaging devices and medication adherence. A systematic review. *JAMA* 2014;312(12):1237–47.
53. Rantanen P, Parkkari T, Leikola S, et al. An in-home advanced robotic system to manage elderly home-care patients' medications: a pilot safety and usability study. *Clinical Therapeutics* 2017;39(5):1054–61.

3 Iniciativas actuales para promover la adherencia

3.1 Recopilación de datos

Como se señaló en la sección 1.4, algunas organizaciones miembros de la FIP proporcionaron información sobre intervenciones y programas pertinentes para mejorar la adherencia a la medicación en sus respectivos países. Para proporcionar la información, los encuestados cumplimentaron un cuestionario preparado por los autores del presente informe. La plantilla del cuestionario se incluye en el Anexo 2. Se recibieron respuestas de organizaciones de Australia, Bélgica, Dinamarca, España, Irlanda, Países Bajos, Singapur y Suiza.

Este capítulo proporciona una visión general de las respuestas (secciones 4.2 a 4.7) y una descripción resumida de las iniciativas en cada país (subsecciones de la sección 4.8).

3.2 Reconocimiento y compromiso

Sin duda, las organizaciones que representaban a los profesionales farmacéuticos en todos los países encuestados reconocieron la importancia de la adherencia desde la perspectiva de los pacientes individuales. También reconocieron la alta prevalencia de la no adherencia y sus consecuencias, no sólo para los pacientes individuales sino también para sus cuidadores, prescriptores, farmacéuticos, otros profesionales de la salud y la comunidad en su conjunto. En los casos en que se hicieron estimaciones de los costes de la no adherencia, esos costes fueron sustanciales. En todo el mundo, se informó de que la no adherencia representaba el 57% del "coste total evitable debido a un uso inadecuado de los medicamentos", y el 4,6% del gasto global en salud.¹

En cada uno de los países que respondieron se habían emprendido importantes iniciativas para promover la adherencia, y la mayoría de los países contaban con un historial de inversiones apreciables para apoyar múltiples intervenciones. Las intervenciones se realizaron a nivel de políticas, de la comunidad y de los pacientes individuales, y dependieron en gran medida de la profesión farmacéutica. Muchas de las intervenciones que describieron no se centraron exclusivamente en la adherencia - más bien, la adherencia fue uno de los varios resultados esperados.

La mayoría de las intervenciones enumeradas se dirigieron a pacientes con una amplia gama de patologías, pero varias se diseñaron sólo para contribuir al tratamiento de una o un pequeño número de enfermedades específicas, en particular el asma, la EPOC, la hipertensión y las enfermedades vasculares que requieren fármacos hipolipemiantes.

3.3 Atender las necesidades de las personas mayores

Existen pruebas fehacientes que demuestran que las personas mayores necesitan y se les prescriben más medicamentos que las personas más jóvenes, y que la prevalencia de la no adherencia es mayor en las personas mayores, debido principalmente a las dificultades que enfrentan para obtener y manejar sus medicamentos. Si bien muchas de las iniciativas descritas por los encuestados no se dirigían específicamente a las personas de edad, en su mayoría proponían soluciones pertinentes para este grupo de personas. En los casos en que se identificó específicamente a las personas de edad avanzada, el término "personas de edad avanzada" se refirió generalmente a las personas mayores de 65 años.

3.4 Programas y servicios farmacéuticos actuales

Sistemas personalizados de dosificación

Se ha informado con frecuencia de las intervenciones que incluían el uso de sistemas personalizados de dosificación (SPD). El suministro de SPD fue evidentemente una iniciativa del farmacéutico en discusión con

el paciente y/o el cuidador, más que una instrucción del prescriptor. Los SPD se prepararon principalmente en la farmacia comunitaria; en un caso (Dinamarca), se había introducido un programa nacional para apoyar los sistemas automatizados de producción de SPD. En algunas jurisdicciones (por ejemplo, Australia), se disponía de directrices formales sobre los procesos farmacéuticos para producir SPD.

La mayoría de los programas nacionales que incluían el suministro de SPD parecían proporcionar soluciones consistentes en la preparación y el suministro de medicamentos en envases que se basaban en los momentos en que debían tomarse los medicamentos. Sin embargo, algunos programas, a saber, las iniciativas suizas y la iniciativa española *Adhiérete*, también añadieron sistemas electrónicos, como los dispensadores electrónicos de dosis.

Recordatorios

Los farmacéuticos a menudo proporcionaban recordatorios de las tomas de medicación, más comúnmente por teléfono (utilizando cada vez más teléfonos celulares o móviles) o por correo electrónico. Los recordatorios por teléfono móvil se utilizaron especialmente para los pacientes que tomaban múltiples medicamentos durante períodos prolongados.

Dispensación escalonada

Algunas jurisdicciones, en particular Australia, contaban con normas de dispensación que permitían a los farmacéuticos suministrar medicamentos a los pacientes en plazos periódicos con un número limitado de dosis, creando así un mecanismo mediante el cual los farmacéuticos podían supervisar activamente la adherencia al tratamiento. También se han creado normas específicas de dispensación para que los farmacéuticos puedan mantener el suministro de medicamentos si un paciente se queda sin dosis y no ha podido obtener una receta repetida a tiempo, un proceso conocido como dispensación continua.

Asesoramiento y prestación de servicios farmacéuticos cognitivos

Los servicios de asesoramiento por el farmacéutico fueron las iniciativas más frecuentes destinadas a promover la adherencia. El asesoramiento se llevó a cabo tanto en el momento de la dispensación de los medicamentos nuevos y continuos como posteriormente para el seguimiento. El asesoramiento farmacéutico debe considerarse a dos niveles: (i) el consejo que los farmacéuticos dan tradicionalmente cuando dispensan un medicamento; y (ii) servicios cognitivos que van más allá de este consejo. Los programas específicos para mejorar el asesoramiento se refieren a estos últimos.

Si bien los prescriptores proporcionaban información sobre el diagnóstico y los planes de tratamiento, los farmacéuticos solían asumir la responsabilidad de asesorar a los pacientes y a los cuidadores sobre sus medicamentos. Se hicieron esfuerzos especiales cuando se introdujeron nuevos medicamentos, y algunos países reportaron importantes programas nacionales de apoyo a la introducción de nuevos medicamentos (véanse las secciones 4.5, 4.8.3 y 4.8.4). Estos programas habían sido sometidos a evaluaciones, y la evidencia sugirió que resultaron en una mejora significativa de la adherencia.

Los farmacéuticos también asumieron la responsabilidad de discutir los cambios de medicación introducidos por el prescriptor con los pacientes y los cuidadores. Estos cambios incluían, por ejemplo, agregar o quitar medicamentos de un régimen, cambios en la dosis o frecuencia prescrita, o cambios en las marcas o fabricantes de los medicamentos, con la consecuencia de que los comprimidos o cápsulas dispensados parecían desconocidas para los pacientes. En situaciones en las que el farmacéutico no estaba seguro respecto a la prescripción, o en las que el paciente o el cuidador plantearon al farmacéutico sus dudas o preocupaciones acerca de los medicamentos recetados, los programas prevenían la participación del prescriptor en la discusión.

Las entrevistas motivacionales fueron un elemento importante en los servicios cognitivos. En general, los objetivos de las entrevistas motivacionales fueron discutir las inquietudes de los pacientes acerca de los medicamentos, ayudarlos a gestionar cualquier efecto secundario y explicarles la importancia de la adherencia.

Varios encuestados informaron sobre la realización de revisiones farmacoterapéuticas a domicilio en sus respectivas jurisdicciones. Las revisiones de la medicación en el hogar brindaron a los farmacéuticos la oportunidad de investigar los problemas que los pacientes encuentran con sus medicamentos y sugerir

formas de gestionar la polifarmacia, las interacciones entre medicamentos y las complicaciones relacionadas. Tales revisiones también brindaron la oportunidad de evaluar el uso de los medicamentos de venta libre (sin receta) y los medicamentos alternativos, y de considerar si podrían interactuar o no con aquellos prescritos a los pacientes. Sin embargo, a pesar de sus beneficios potenciales, algunas barreras importantes de tiempo y logística impidieron su uso frecuente. Las revisiones farmacoterapéuticas en el hogar fueron iniciadas por el prescriptor o requirieron la participación y el respaldo del prescriptor.

3.5 Fomento de la adherencia en determinadas enfermedades o medicamentos

Si bien muchas de las iniciativas farmacéuticas se diseñaron para promover la adherencia en una amplia gama de enfermedades y para una amplia gama de tipos de medicamentos, otras se habían desarrollado para la gestión de enfermedades o grupos específicos de éstas.

Por ejemplo, farmacéuticos de Dinamarca llevaron a cabo programas para instruir a los pacientes en el uso correcto de inhaladores para administrar medicamentos para el asma y la EPOC, y para supervisar y promover su uso correcto de forma continua. Farmacéuticos comunitarios de Bélgica formaron el núcleo de grupos multidisciplinarios de profesionales de la salud con el objetivo de promover la adherencia a programas y medicamentos para la osteoporosis. Farmacéuticos suizos participan en programas interprofesionales para enfermedades crónicas, específicamente VIH, esclerosis múltiple, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico, y para pacientes que toman medicamentos orales contra el cáncer. Los esfuerzos de los farmacéuticos españoles también se centraron en el asma y la EPOC, así como en la hipertensión.

El Servicio de Nuevos Medicamentos (SNM), dirigido a pacientes de todas las edades que tomaban medicamentos de forma crónica recién recetados, se introdujo en Inglaterra en 2011 y se sometió a pruebas piloto en Irlanda en 2017. En el SNM, los farmacéuticos llevaron a cabo un programa estructurado de educación y adherencia para pacientes con una enfermedad crónica recién diagnosticada. En la sección 4.8.4 se enumeran las condiciones y los medicamentos cubiertos en el SNM irlandés.

El Ministerio de Salud danés también ordena que las farmacias proporcionen un Servicio de Nuevos Medicamentos, introducido en 2016. El SNM danés consiste en dos consultas con un farmacéutico, cada una de las cuales suele durar unos 10 minutos. La primera consulta, en la farmacia, por lo general se realiza el día en que se dispensa por primera vez el nuevo medicamento, y la segunda está programada para tres o cuatro semanas después, y puede realizarse en la farmacia o por teléfono.

3.6 Formación de farmacéuticos sobre adherencia

Los planes de estudios de los programas de grado para farmacéuticos cubren invariablemente la adherencia y temas relacionados, generalmente bajo un epígrafe como "formación clínica". Esto abarca las ciencias clínicas básicas y la gestión de los pacientes y sus medicamentos. Uno de los principales componentes de esta última es la capacitación sobre la manera de tomar el historial de medicamentos de un paciente, que abarca los medicamentos prescritos, los medicamentos sin receta y los alternativos, y los antecedentes de alergias o reacciones adversas a los medicamentos.

Para un farmacéutico cualificado la mayoría de las iniciativas para fomentar la adherencia no requerían capacitación o acreditación específicas. La principal excepción fue la formación, la experiencia inicial supervisada y la acreditación necesarias para ser autorizado a llevar a cabo revisiones de medicamentos en el hogar.

3.7 Financiación de los servicios farmacéuticos

En la mayoría de los casos, la financiación de los servicios farmacéuticos para promover la adherencia fue proporcionada por los gobiernos, a menudo con cargo a un presupuesto general de salud. La financiación se proporcionó a menudo en base al pago por servicios prestados.

En algunos países, los farmacéuticos podrían cobrar una tarifa modesta, aparte de la tarifa general de dispensación, por servicios específicos, incluyendo la dispensación de medicamentos en sistemas personalizados de dispensación.

En algunos casos, hubo también financiación adicional a través de las asociaciones de farmacias individuales y, ocasionalmente, a través de subvenciones de la industria farmacéutica para programas específicos.

3.8 Iniciativas en los distintos países

Australia

La Sociedad Farmacéutica de Australia (PSA) ha elaborado una guía de buenas prácticas para la prestación de servicios de adherencia a la medicación. Estos servicios se han incorporado en un acuerdo de cinco años entre el Gobierno australiano y el Gremio de Farmacias de Australia, una organización profesional nacional que apoya a los propietarios de farmacias y está reconocida en la legislación. El presente acuerdo cubre el período 2015-20, y las medidas específicas para la prestación de servicios de adherencia a la medicación entraron en vigor en 2017: sistemas personalizados de dosificación, dispensación escalonada, dispensación continua, servicios de farmacia clínica colaborativa y revisión farmacoterapéutica en el hogar. Cada cinco años se negocia un nuevo acuerdo; el acuerdo 2015-20 es el Sexto Acuerdo de la Farmacia Comunitaria.

Sistemas personalizados de dosificación

La PSA ha elaborado directrices para ayudar a los farmacéuticos en la preparación de sistemas personalizados de dosificación (SPD)². Como se describe en las secciones 3.5 y 4.4, un SPD es un dispositivo que puede utilizarse como parte de un enfoque coordinado de la gestión de medicamentos. Su propósito es asegurar que los pacientes reciban el medicamento correcto en el momento correcto, en la dosis correcta y de una manera segura e higiénica.

Como se indicó en la sección 3.7, los SPD se pueden utilizar para cualquier medicamento sólido en forma de comprimidos o cápsulas. Las directrices australianas para la preparación y utilización de SPD se refieren a pacientes de todas las edades, aunque es probable que la mayoría de los receptores sean mayores. En virtud del Sexto Acuerdo de la Farmacia Comunitaria, los datos que evalúan el uso de SPD se centran en los procesos de administración de medicamentos y en los costes sanitarios, pero no en los resultados de los pacientes. Aunque (como ya se ha mencionado) se han elaborado directrices exhaustivas para ayudar a los farmacéuticos y a los estudiantes de farmacia a recibir formación sobre el suministro de SPD en el curso de su formación más amplia sobre la dispensación, no hay formación o acreditación específicas relacionadas con los SPD.

Dispensación escalonada

La dispensación escalonada, es decir, el proceso por el cual los farmacéuticos suministran medicamentos a los pacientes en plazos periódicos que contienen menos de la cantidad requerida o prescrita, es también una iniciativa nacional apoyada por el Sexto Acuerdo de la Farmacia Comunitaria. La dispensación escalonada puede utilizarse para todas las enfermedades, pero es probable que se aplique a los medicamentos que se pueden utilizar como drogas de abuso. La evaluación de la dispensación escalonada forma parte del Sexto Acuerdo de Farmacia Comunitaria.

Dispensación continua

La dispensación continua se refiere al suministro de un medicamento elegible a un paciente cuando hay una necesidad inmediata de ese medicamento y no es práctico obtener una receta. El suministro está supeditado a la prescripción previa del medicamento, a la estabilidad de la terapia y a la revisión clínica previa por parte del prescriptor, que apoya la continuación de la medicación. La dispensación continuada está respaldada por el Sexto Acuerdo de la Farmacia Comunitaria y puede utilizarse potencialmente para una amplia gama de enfermedades, tipos de medicamentos y grupos de edad. No se recogen datos específicos sobre la dispensación continuada o sus efectos sobre la adherencia.

Servicios de farmacia clínica colaborativos

MedsCheck y Diabetes MedsCheck son servicios de farmacia clínica estructurados y colaborativos, que tienen lugar en la farmacia. Implican una revisión de los medicamentos que un paciente está utilizando, una consulta cara a cara con un farmacéutico, un perfil de medicación para cada paciente, un plan de acción y una consulta de seguimiento.

Cada MedsCheck se centra en la educación y el autocontrol, y tiene como objetivo identificar los problemas relacionados con la medicación (incluyendo pero no limitándose a la no adherencia), mejorar el uso efectivo de los medicamentos y proporcionar educación sobre los medicamentos, su mejor uso y almacenamiento.³

Cada Diabetes MedsCheck se centra en los medicamentos para la diabetes tipo 2, el uso de dispositivos de monitorización, la educación, el autocontrol y la adherencia a la terapia para la diabetes. El objetivo es optimizar el uso por parte del paciente de medicamentos y dispositivos de monitorización de la diabetes, mejorar el control glucémico y reducir el riesgo de desarrollar complicaciones. Está dirigido a pacientes que no pueden obtener otros servicios de educación diabética o de salud en su comunidad de forma oportuna. Durante una consulta de MedsCheck, el farmacéutico puede proponer a un paciente otros servicios clínicos apropiados, tales como el SPD o la dispensación escalonada.

Para ser elegible para remuneración por los servicios de MedsChecks y Diabetes MedsChecks, la farmacia debe prestar los servicios de acuerdo con todas las reglas delineadas en el Sexto Acuerdo de la Farmacia Comunitaria. Para ser elegibles, los pacientes no deben haber recibido un servicio similar en los últimos 12 meses, deben estar viviendo en su casa en la comunidad y deben estar tomando cinco o más medicamentos recetados, o haber tenido un evento médico significativo reciente o un nuevo diagnóstico que pudiera afectar el diagnóstico, o estar tomando medicamentos con un alto riesgo de efectos adversos. Los farmacéuticos deben ser acreditados como proveedores de servicios, y pueden reclamar remuneración por hasta 20 servicios en cualquier mes natural.

Revisiones farmacoterapéuticas domiciliarias

Una revisión farmacoterapéutica domiciliaria es una revisión clínica completa de los medicamentos de un paciente en su propio hogar realizada por un farmacéutico acreditado, previa remisión del médico de cabecera del paciente. El objetivo es identificar, prevenir y resolver problemas reales o potenciales relacionados con la medicación y optimizar el tratamiento farmacológico. Además de los beneficios directos para el paciente, el servicio proporciona información para los profesionales de la salud que participan en la atención del paciente, mejora el conocimiento y la comprensión de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y promueve las relaciones de cooperación entre los miembros del equipo sanitario.

Las revisiones domiciliarias de la medicación están disponibles solamente para los pacientes que viven en un entorno comunitario, que están en riesgo creciente de experimentar problemas relacionados con la medicación, y cuyo médico de cabecera haya confirmado como una necesidad clínica que el paciente se beneficiará de la revisión.

Para poder realizar revisiones farmacoterapéuticas domiciliarias, los farmacéuticos deben estar acreditados por la Asociación Australiana de Farmacéuticos Consultores, que es el principal organismo de acreditación para los servicios cognitivos profesionales farmacéuticos, o deben pasar una prueba para ser reconocidos como Farmacéuticos Geriátricos Certificados bajo el auspicio de la Sociedad de Farmacéuticos Hospitalarios.

Bélgica

La Asociación Farmacéutica Belga ha proporcionado información sobre dos iniciativas: un estudio de tres meses conocido como ICAROS (Impacto de la Intervención de la Farmacia Comunitaria en el Uso de Medicamentos y las Tasas de Adherencia en Pacientes con Osteoporosis) realizado en 2016; y una iniciativa nacional en curso conocida como Farmacéutico de Familia.

ICAROS

El objetivo de ICAROS fue evaluar cuán factible era la intervención farmacéutica comunitaria en pacientes con osteoporosis, examinando la calidad del tratamiento farmacológico y la adherencia. El estudio involucró a 105

farmacéuticos comunitarios (de los cuales 80 completaron el estudio), y se dirigió a pacientes ambulatorios que habían usado al menos un medicamento para la osteoporosis en los 12 meses anteriores. Los fármacos comprendían bifosfonato, ranelato de estroncio, denosumab, moduladores selectivos de los receptores de estrógenos y teriparatida. Antes de la intervención, los farmacéuticos recibieron formación en destrezas comunicativas, un paquete de información y acceso a una herramienta web. En la intervención, cada paciente participante tuvo una sesión de asesoramiento individual con un farmacéutico, que cubrió el uso del fármaco para la osteoporosis, así como el calcio y la vitamina D, y cualquier problema relacionado con el fármaco. Los farmacéuticos registraron los datos sobre la adherencia del paciente y los problemas relacionados con el fármaco y proporcionaron asesoramiento, y mantuvieron un contacto de seguimiento con el paciente entre cuatro y ocho semanas después para preguntar si se había seguido su consejo y si se habían resuelto los problemas relacionados con el fármaco. El estudio informó positivamente sobre la aceptabilidad de la intervención tanto para los farmacéuticos como para los pacientes, aunque la tasa de participación de los pacientes fue inferior al 60%.

Farmacéutico de familia

En este nuevo programa nacional de Farmacéuticos de Familia, los farmacéuticos supervisan los medicamentos utilizados por los pacientes con enfermedades crónicas y ofrecen asesoramiento sobre su uso correcto. El farmacéutico también se asegura de que el plan de medicación del paciente sea correcto y esté actualizado, y de que sea accesible a otros miembros del equipo de atención médica, en particular al médico de familia. Los farmacéuticos de familia deben registrar sistemáticamente todos los medicamentos dispensados en el registro farmacéutico local y compartido del paciente. Cada vez que un paciente acude a la farmacia, se comprueba, consolida y corrige la información sobre los medicamentos, tanto recetados como de venta libre, y se facilita al paciente.

El programa de Farmacéuticos de Familia comenzó en 2017 y se prevé que sea una iniciativa permanente. Se lleva a cabo bajo los auspicios de las asociaciones profesionales de farmacia y el Instituto Nacional de Seguro de Salud y Discapacidad, que proporciona la financiación. No se requieren credenciales específicas para los farmacéuticos participantes.

Dinamarca

La Asociación Danesa de Farmacias ha identificado cuatro iniciativas relevantes para la adherencia: el servicio de nuevos medicamentos; el servicio de evaluación de la técnica de inhalación; la dispensación de medicamentos en dosis múltiples; y la revisión farmacoterapéutica.

Servicio de nuevos medicamentos

Los pacientes son reclutados para el servicio nacional de nuevos medicamentos por el farmacéutico o por derivación del médico generalista. El servicio, que empezó en 2016, consiste en dos consultas confidenciales, la primera en el momento en que el paciente recoge un nuevo medicamento para una enfermedad crónica recién diagnosticada. La segunda consulta se lleva a cabo de tres a cuatro semanas después y puede ser cara a cara o por teléfono. En el curso de las consultas, el farmacéutico resuelve los problemas y preocupaciones relacionados con los medicamentos, discute las oportunidades para mejorar la forma en que se toma el medicamento y proporciona información adicional sobre la enfermedad y el medicamento.

El servicio de nuevos medicamentos está indicado en la legislación farmacéutica danesa y los farmacéuticos están obligados a proporcionarlo. Se financia mediante un acuerdo entre la Asociación Danesa de Farmacias y el Ministerio de Salud, y es gratuito para el paciente. No se requieren credenciales específicas.

Servicio de evaluación de la técnica de inhalación

El servicio de evaluación de la técnica de inhalación, que comenzó en 2006, está diseñado para personas con asma y EPOC, que reciben instrucción y una demostración de la técnica de inhalación. Aunque el servicio está dirigido a los usuarios que lo utilizan por primera vez, también está disponible para otros usuarios. El paciente recibe consejos sobre cómo preparar el inhalador, cómo sostenerlo, cómo inhalar, cómo cerrarlo y almacenarlo, el uso de dosis múltiples y el lavado de la boca. El personal de la farmacia documenta los consejos dados a cada paciente en un formulario de registro. Si es necesario, se repiten la demostración y la evaluación.

de la técnica del paciente hasta que éste pueda utilizar el inhalador con confianza y correctamente. El paciente es derivado a un médico si tiene problemas persistentes con el uso de un inhalador o no responde al medicamento inhalado.

El servicio se lleva a cabo en virtud de un acuerdo entre la Asociación Danesa de Farmacias y el Ministerio de Salud. Está financiado por el Gobierno danés y es gratuito para el paciente. A los farmacéuticos se les paga en base a una tarifa por servicio.

No existe una capacitación formal para el servicio, y las habilidades requeridas son parte de las competencias esperadas del farmacéutico. Sin embargo, los farmacéuticos que prestan el servicio deben tener credenciales. Esto se basa en un examen de opción múltiple y en la documentación de cinco casos de prestación del servicio.

El servicio ha sido evaluado y ha demostrado ser aceptable y efectivo⁴.

Sistemas personalizados de dosificación

En virtud de la legislación aprobada en 2001, los farmacéuticos daneses están obligados a suministrar medicamentos en sistemas personalizados de dosificación (SPD). Este método se ha identificado como un valor esencial para los pacientes mayores. Las farmacias que preparan SPD están acreditadas por la Agencia Danesa de Medicamentos, y esta acreditación incluye el permiso para instalar maquinaria que prepara automáticamente los dispositivos de SPD. Un estudio cualitativo realizado en 2008 concluyó que “La impresión general del análisis es que la dispensación de SPD en (...) atención primaria (...) es una tecnología con buenas y potenciales oportunidades para mejorar el uso de la medicación por los pacientes más vulnerables, pero que existen riesgos y muchos **obstáculos potenciales**”⁵ El coste del servicio de preparación de SPD es pagado por el paciente, pero puede ser reembolsado si los medicamentos afectados son financiados por el Estado.

Revisión farmacoterapéutica

La revisión farmacoterapéutica (o revisión del uso de medicamentos) se introdujo en Dinamarca en 2010, y la Asociación de Farmacias Danesas ha desarrollado un programa que incluye manuales, directrices y credenciales para que los farmacéuticos puedan realizar las revisiones. La acreditación se basa en informes de casos reales por escrito y en la prestación documentada del servicio en cinco ocasiones de acuerdo con las pautas del programa. Las revisiones farmacoterapéuticas se llevan a cabo de forma intermitente a nivel local, y los pacientes o las instituciones pagan por el servicio. Para más información, visite el sitio web <https://www.pharmakon.dk/apotek-primaersundhedssektor/forskning/international/>

Irlanda

La Unión de Farmacias de Irlanda ha puesto de relieve el ejemplo de un proyecto piloto del servicio de nuevos medicamentos (SNM), puesto en marcha en 2017 (IPU, 2017) y que aborda las enfermedades y los medicamentos que se enumeran a continuación.

Hipertensión	Tiazidas y diuréticos relacionados Bloqueadores beta-adrenérgicos Antihipertensivos vasodilatadores Antihipertensivos de acción central Bloqueadores alfa-adrenoceptores Medicamentos que afectan el sistema renina-angiotensina Bloqueadores del canal de calcio
Terapia antiplaquetaria/anticoagulante	Anticoagulantes orales Medicamentos antiplaquetarios

Asma y EPOC	Agonistas del adrenoceptor Broncodilatadores antimuscarínicos Teofilina Preparados broncodilatadores compuestos Corticosteroides Cromoglicato y medicamentos relacionados Agonistas de los receptores de leucotrienos Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 4
Diabetes mellitus tipo 2	Insulinas (de acción corta, intermedia y prolongada) antidiabéticos
Dolor crónico	Agentes gabapentinoides (pregabalina, gabapentina) Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) Carbamazepina Duloxetina Opiáceos Lignocaína tópica Capsaicina tópica

El SNM es una intervención estructurada, dirigida por un farmacéutico, que se lleva a cabo en la farmacia comunitaria y que consiste en el asesoramiento y apoyo en la toma de medicamentos para un medicamento recién recetado en estos estados específicos de enfermedades crónicas, y que se realiza dentro de las dos semanas siguientes al inicio del medicamento. Fue encargado por primera vez en Inglaterra por el Servicio Nacional de Salud en 2011. Una revisión de 2016 del SNM inglés mostró una mejora del 10% en la adherencia a los nuevos medicamentos en el grupo de intervención en comparación con los controles que recibieron la atención habitual; la adherencia se definió como la omisión de cero dosis durante los siete días anteriores, según el informe del paciente a las 10 semanas⁶.

En el programa piloto irlandés, los pacientes asignados al nuevo SNM tuvieron dos intervenciones: (i) una entrevista estructurada con un farmacéutico de siete a 14 días después de la primera dispensación de un nuevo medicamento; y (ii) una evaluación por parte del farmacéutico del nuevo medicamento, utilizando el registro de medicamentos del paciente y la escala de Proporción de Días Cubiertos⁷ (PDC). El proyecto piloto irlandés produjo una mejora del 9% en la adherencia, según lo medido con el PDC, y la intervención fue bien aceptada por los pacientes y los farmacéuticos.⁸

Países Bajos

La Real Asociación Neerlandesa de Farmacéuticos (KNMP) identificó dos ejemplos de servicios nacionales para mejorar la adherencia: el programa de control y optimización del uso de medicamentos y el servicio de asesoramiento telefónico. El Instituto Neerlandés de Investigación de Servicios de Salud (NIVEL), en estrecha colaboración con la Federación de Pacientes de los Países Bajos, Sint Maartenskliniek Nijmegen y la KNMP, está preparando actualmente un panorama más completo de las intervenciones basadas en la evidencia. Está previsto que se publique en la primavera de 2019.

Programa de Monitorización y Optimización de Medicamentos

El programa de Monitorización y Optimización de Medicamentos (Medication Monitoring and Optimisation, MeMo), introducido en 2010, está dirigido específicamente a las personas mayores. Comienza con sesiones de asesoramiento estructuradas y uniformes para los pacientes al inicio y seguimiento de las terapias crónicas. A esto le sigue una fase continua en la que la adherencia de los pacientes a la medicación se monitoriza activamente de forma mensual mediante algoritmos de búsqueda estandarizados aplicados a la base de datos de la farmacia. Cuando se detecta un caso de interrupción de un medicamento, se invocan intervenciones a medida para mejorar la adherencia y optimizar el tratamiento farmacológico.

Para los pacientes con osteoporosis, el programa MeMo se relacionó con una reducción a la mitad de la tasa de interrupción del tratamiento con bifosfonatos después de un año, del 32% al 16%. Para los pacientes que

tomaban medicamentos reductores de lípidos, la tasa de interrupción después de un año bajó del 26% al 14%. Los resultados del programa en curso de asma/EPOC de MeMo prometen mejoras en el control del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes, pero todavía no están disponibles.

El programa MeMo está dirigido íntegramente por farmacéuticos, sin necesidad de credenciales específicas. Se financia con cargo a las tarifas regulares de dispensación.

Programa de asesoramiento telefónico

El Programa de Asesoramiento Telefónico consiste en una llamada telefónica estructurada a cada paciente de siete a 21 días después de que se le expide una nueva receta. El objetivo es mejorar la adherencia proporcionando información a los pacientes, preguntándoles acerca de su comportamiento real en el consumo de medicamentos y abordando las barreras objetivas (por ejemplo, los efectos secundarios) y las barreras subjetivas (por ejemplo, las preocupaciones acerca de la medicación o la creencia de que tienen una baja necesidad).

En una evaluación del programa se informó de que su eficacia variaba según las diferentes clases de medicamentos. Produjo mejoras en la adherencia a los inhibidores del sistema renina-angiotensina, los medicamentos reductores de lípidos y los bifosfonatos, pero no en la adherencia a los antidepresivos⁹.

Singapur

Singapur informó de varias iniciativas que promueven la adherencia y otros componentes del uso de medicamentos de calidad. Estos se describen a continuación.

Servicio de Gestión de Medicamentos

El Servicio de Gestión de Medicamentos consiste en una entrevista cara a cara del farmacéutico con cada paciente, que incluye una revisión y conciliación completa de los medicamentos. Se dirige en particular a pacientes que obtienen medicamentos de más de un médico, toman cinco o más medicamentos a largo plazo, tienen un régimen de medicamentos nuevo y/o complejo, o tienen preguntas o problemas con sus medicamentos. La entrevista está diseñada para determinar las dosis reales tomadas, cualquier síntoma no tratado y las reacciones adversas a los medicamentos. Los pacientes también reciben formación sobre la gestión de enfermedades y medicamentos. La lista de medicamentos se actualiza en la base de datos médica electrónica y se entrega una copia al paciente y a su cuidador. Si es necesario, la información se discute con los prescriptores.

El servicio se viene prestando desde 2006. Está disponible en la mayoría de las farmacias, policlínicas y departamentos de salud pública. No está financiado, pero a los pacientes se les puede cobrar una tasa. La formación de los farmacéuticos para prestar el servicio tiene lugar "en casa" e incluye los principios y el tratamiento de las enfermedades crónicas.

En 2012 se introdujo en el Hospital General de Singapur un servicio especializado de gestión de medicamentos para prestar apoyo en materia de medicamentos a los pacientes con insuficiencia renal crónica y en diálisis, y en particular a los que tienen problemas relacionados con los medicamentos. Se trata de equipos formados por tres nefrólogos, un farmacéutico, un coordinador de cuidados renales, una enfermera clínica y asistentes clínicos. El farmacéutico lleva a cabo una revisión completa de la medicación y proporciona asesoramiento, e informa al nefrólogo mediante una lista de medicamentos reconciliados y cualquier recomendación para resolver problemas relacionados con la medicación. Los farmacéuticos participantes reciben una formación específica para esta función, que abarca temas relacionados con la hemodiálisis, la insuficiencia renal crónica y sus complicaciones, y la gestión farmacoterapéutica¹⁰.

Programa de Transición de la Atención a la Tercera Edad (ACTION), Servicio de Revisión de Medicamentos

El programa ACTION, iniciado por el Gobierno de Singapur para mejorar los resultados de los pacientes de edad avanzada después del alta hospitalaria, tiene por objeto facilitar la transición de los pacientes del hospital a su hogar y mejorar el uso de los medicamentos.

El programa incluye un servicio de revisión de medicamentos en el hogar. Los farmacéuticos que realicen revisiones en el hogar deben tener al menos un año de experiencia en el Servicio de Administración de Medicamentos. Además, deben someterse a un programa de capacitación de seis semanas de duración impartido por un farmacéutico con experiencia en la revisión de medicamentos en el hogar, y deben realizar revisiones bajo supervisión antes de que se les permita trabajar de manera independiente¹¹.

España

A continuación se describen dos iniciativas de España, el proyecto AdherenciaMED y el programa Adhiérete.

Proyecto AdherenciaMED

El Proyecto AdherenciaMED tiene como objetivo desarrollar un enfoque integral para mejorar la adherencia, incluyendo estrategias y protocolos para su incorporación en la práctica diaria de la farmacia. Se centra en dos aspectos: i) la formación específica de los farmacéuticos para apoyar y mejorar las intervenciones de alta calidad, y ii) el diseño de un servicio que pueda aplicarse en la comunidad. Está dirigido al control del asma, la EPOC y la presión arterial.

Se ha realizado un estudio piloto para evaluar la aplicabilidad del programa y la escala de sus efectos. Posteriormente, en septiembre de 2017, se inició un estudio de seis meses en seis provincias españolas. Se esperan los resultados del estudio. Si son favorables, el programa se ampliará a otras condiciones sanitarias y a otras partes de España.

Adhiérete

El objetivo principal del programa Adhiérete, que se llevó a cabo entre 2013 y 2014, era evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes mayores crónicos, polimedcados e no adherentes a través de los servicios de farmacia. Entre los objetivos secundarios figuraban la evaluación de la relación coste-eficacia del programa y la calidad de vida del paciente, la detección de problemas relacionados con los medicamentos y la atenuación de los resultados negativos asociados a los mismos, la evaluación de la eficacia y efectividad de las recetas electrónicas, el fortalecimiento de las relaciones entre pacientes, médicos y farmacéuticos, y la evaluación del uso de los sistemas de comunicación y las nuevas tecnologías en relación con el cumplimiento y la calidad de las recetas.

El programa incluyó un ensayo aleatorio con 60 farmacias comunitarias y 225 pacientes. Cada farmacia comunitaria reclutó a cinco pacientes, de los cuales dos utilizaron sistemas de dosificación personalizada para apoyar la adherencia, dos utilizaron una aplicación móvil y uno utilizó un sistema de dosificación personalizada con una alerta. Esto mostró una mejoría significativa en la adherencia a la medicación en el grupo objetivo. Los resultados incluyeron un aumento en la adherencia a los tratamientos del 35% al 76%, mejoría en la calidad de vida, una reducción de un tercio en los problemas relacionados con los medicamentos y altos niveles de satisfacción de los pacientes.

Suiza

PharmaSuisse ha identificado cuatro programas: el control de polimedicación, iniciado en 2010; el organizador semanal de pastillas de farmacia, iniciado en 2004; el programa interprofesional de enfermedades crónicas (SISCare), iniciado en 2011; y un pastillero electrónico para polifarmacia (iniciado en 2014). Ninguno de los cuatro programas es específico para las personas mayores, pero la mayoría de los beneficiarios son personas mayores.

Control de polimedicación

La comprobación de la polimedicación implica una revisión del "Tipo 2A" (ver sección 3.6) en la taxonomía especificada por Pharmaceutical Care Network Europe¹². Los pacientes elegibles son aquellos que tienen al menos cuatro medicamentos diferentes cubiertos por el seguro de salud durante los tres meses anteriores. Esta revisión se basa en el historial de medicamentos y en la información del paciente, y puede realizarse si el

paciente puede proporcionar información. Cubre tanto los medicamentos recetados como los de venta libre, explorando las interacciones entre medicamentos, las dosis inusuales, los problemas de adherencia, las interacciones entre medicamentos y alimentos, los problemas de eficacia y los efectos secundarios. La revisión se realiza en farmacias exclusivamente por un farmacéutico, y hay un máximo de dos revisiones por paciente por año. A los farmacéuticos se les paga aproximadamente 40 euros por cada revisión, y esto está cubierto por el seguro médico básico suizo.

Organizador de píldoras semanal de farmacia

En el marco de la iniciativa del organizador de píldoras semanales, los farmacéuticos preparan pastilleros o blísteres semanales para pacientes ambulatorios que padecen enfermedades crónicas y que están tomando al menos tres medicamentos diferentes. La única intención es mejorar la adherencia. La iniciativa no es específica para pacientes de edad avanzada. Puede iniciarse por prescripción médica o por sugerencia de un farmacéutico después de una revisión de la polimedición. En este último caso, el reembolso se limita a tres meses; al final de este período, los pacientes pueden pedir a su médico que continúe la prescripción. A los farmacéuticos se les paga aproximadamente 18 EUR por semana.

Programa interprofesional de enfermedades crónicas (SISCare)

El objetivo del SISCare es mejorar la seguridad y eficiencia de los regímenes de medicamentos. Implica entrevistas motivacionales, monitoreo de la adherencia y gestión de riesgos. Abarca el VIH, la esclerosis múltiple, la diabetes mellitus tipo 2, el uso de medicamentos orales contra el cáncer y el síndrome metabólico. El SISCare está dirigido por la organización Sispha, una colaboración multidisciplinar de farmacéuticos y médicos de familia afiliados a la Clínica Universitaria de Lausana. Su coste está cubierto por un fondo específico del seguro médico básico suizo.

Dosificador de pastillas electrónico

El pastillero electrónico es un novedoso dispositivo electrónico de suministro de medicamentos diseñado para ayudar a los pacientes mayores polimedificados. También se aplica en el contexto del tratamiento asistido con opiáceos, los trastornos por consumo de sustancias, el VIH y los trastornos psiquiátricos¹³. Se está llevando a cabo un estudio de evaluación. La iniciativa está financiada por el seguro médico suizo básico y por fondos universitarios.

3.9 Referencias

1. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the responsible use of medicines. Apply levers for change. A report for the Ministers Summit, Danish Ministry of Health, Welfare and Sport, 3 October 2012. IMS Institute for Healthcare Informatics*, Washington DC, 2012. [*Now the IQVIA Institute for Human Data Science.]
2. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing dose administration aid services. Sixth Community Pharmacy Agreement. Canberra, PSA Ltd, 2017.
3. Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing MedsCheck and Diabetes Medscheck services. Canberra, PSA Ltd, 2017.
4. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fonnesbaek L, Hepler CD, Holst H, Froekjaer B. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc.* 2001 Jul-Aug; 41(4):551-9.
5. Herborg H, Haugboelle LS, Lee A. Automated dose dispensing in Danish primary health care — a technology under construction. *Pharmacy Practice* 2008; 6(2):103–12.
6. Elliott RA, Boyd MJ, Salema N-E, et al. Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Quality & Safety* 2016; 25(10):747–58.
7. National Center for Chronic Disease Prevention & Health Promotion. Calculating Proportion of Days Covered (PDC) for antihypertensive and antidiabetic medications: an evaluation guide for grantees. Bethesda, Technical & Training Assistance Support Center, NCCDPHP, Centers for Disease Control, 2015.
8. McCool S, Logan P. IPU New Medicine Service (NMS) Pilot Report. Dublin, Irish Pharmacy Union, 2017.

9. Kooij MJ. Supporting patients: pharmacy-based interventions to improve medication adherence. Doctoral Dissertation. Utrecht University Repository, 2015. <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/317469>.
10. Chia BY, Cheen MHH, Gwee XY, et al. Outcomes of pharmacist-provided medication review in collaborative care for adult Singaporeans receiving haemodialysis. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017;39(5):1031–8.
11. Cheen MHH, Goon CP, Ong WC, et al. Evaluation of a care transition program with pharmacist-provided home-based medication review for elderly Singaporeans at high risk of readmissions. *International Journal for Quality in Health Care* 2017; 29(2):200–05.
12. Pharmaceutical Care Network Europe. PCNE statement on medication review, V3.01012013. Zuidlaren, PCNE, 2013.
13. Allemann SS, Duersteler KM, Strasser J, et al. Novel remote electronic medication supply model for opioid-dependent outpatients with polypharmacy — first long-term case study. *Harm Reduction Journal* 2017; 14:56–62.

4 Intervenciones farmacéuticas efectivas

4.2 Consecuencias de esta revisión

De este examen se desprenden siete consecuencias importantes.

En primer lugar, la no adherencia a la medicación es un problema persistente y ampliamente reconocido en los pacientes mayores, a pesar de la introducción de varias intervenciones para promover la adherencia. La falta de adherencia tiene un alto coste tanto en términos humanos como económicos.

En segundo lugar, la farmacia ocupa un lugar destacado en la secuencia de acontecimientos relacionados con el uso de medicamentos y desempeña un papel esencial en la promoción y el control del cumplimiento. Aparte de los pacientes, ninguno de los participantes en esta secuencia de eventos contribuye tanto a ellos, o tiene una visión tan integral. Las contribuciones fundamentales de los farmacéuticos incluyen la educación y el asesoramiento de los pacientes y sus cuidadores, el suministro y, a menudo, la preparación de sistemas personalizados de dosificación, la dispensación de medicamentos, la generación de recordatorios para la toma de medicamentos y la renovación de recetas, y el seguimiento de los pacientes para identificar y resolver dificultades con su uso.

En tercer lugar, a pesar de su posición central en el suministro de medicamentos, la farmacia está un tanto aislada de las demás profesiones de la salud que participan en la gestión de los pacientes. Por ejemplo, hay poca interacción entre los prescriptores, que suelen ser médicos, y los farmacéuticos. Este aislamiento, que refleja las estructuras de los sistemas de salud y los modelos de financiación dominantes, así como la disparidad de percepciones mutuas de los profesionales sanitarios, limita el alcance de las intervenciones que podrían mejorar la adherencia si los respectivos contribuyentes pudieran trabajar juntos de manera más integrada.

En cuarto lugar, los indicadores para la medición de la adherencia se utilizan de manera incoherente, y las definiciones de los umbrales de niveles de adherencia adecuados o aceptables varían. Las inconsistencias no ocultan el hecho de que la adherencia sea un problema en la prestación de asistencia sanitaria, pero son lo suficientemente grandes como para complicar el seguimiento de la adherencia y la evaluación de las intervenciones.

En quinto lugar, existe un gran número de investigaciones descriptivas, analíticas y evaluativas sobre la adherencia. Sin embargo, gran parte de la investigación tiene un enfoque muy limitado y es, como se discute en la sección 5.2 más adelante, heterogénea con respecto al diseño de la investigación y la definición y medición de los resultados. En consecuencia, hasta la fecha, relativamente pocos estudios analíticos han evaluado las intervenciones con suficiente claridad, consistencia y rigor para generar conclusiones válidas y transferibles. Se han realizado varias revisiones sistemáticas importantes y bien diseñadas de las intervenciones para mejorar el cumplimiento, pero invariablemente encuentran demasiada heterogeneidad para permitir una consolidación segura de los resultados.

En sexto lugar, y aunque la evidencia de la eficacia de las iniciativas específicas para promover la adherencia es escasa (como se indica en el quinto punto), la evidencia disponible apoya las siguientes intervenciones:

- Servicios de nuevos medicamentos, que incluyen la educación y el asesoramiento de los pacientes por parte de los farmacéuticos cuando se dispensan nuevos medicamentos, con sesiones de seguimiento presenciales y telefónicas durante las semanas siguientes.
- Revisión, educación y asesoramiento de los pacientes y cuidadores por parte de los farmacéuticos cuando se dispensan medicamentos continuos, con un refuerzo continuo cuando la administración de una dosis requiere una maniobra específica, en particular, por ejemplo, el uso de medicamentos inhalados.
- La provisión de sistemas personalizados de dosificación que faciliten la toma de la dosis correcta en el momento correcto.
- Sistemas para recordar a los pacientes que deben tomar sus medicamentos según lo prescrito.
- Simplificación de los regímenes de medicación mediante la gestión de la polifarmacia y la reducción de la frecuencia de las dosis.

Dado el número de puntos de intervención potenciales, desde el diagnóstico hasta la dispensación y la toma de un medicamento, tal vez no sorprenda que a menudo se demuestre que las intervenciones múltiples tienen un efecto relativamente mayor que las intervenciones singulares.

En séptimo lugar, la mayoría de los puntos mencionados anteriormente se aplican a pacientes de todas las edades, particularmente adultos. Sin embargo, las personas mayores son grandes consumidoras de medicamentos y sus regímenes de medicación son a menudo complejos. La presencia de declive cognitivo se suma al desafío, y el declive cognitivo leve o temprano puede pasar desapercibido para los profesionales de la salud en encuentros breves. Los farmacéuticos deben recibir formación y, en su caso, otro tipo de apoyo para que no pierdan de vista los signos de deterioro cognitivo de los pacientes y puedan tener en cuenta las deficiencias de los pacientes en sus comunicaciones, consejos y acciones.

4.3 Cuestiones metodológicas en la evaluación de las intervenciones

Descripción general

La investigación sobre la no adherencia y la evaluación de las intervenciones para optimizarla están aquejadas de desafíos metodológicos. El problema de la no adherencia no es nuevo, las oportunidades de intervención son múltiples y, como se señala en la sección 5.1 y en otras partes de este informe, el volumen de investigación y evaluación que se ha llevado a cabo es considerable. Sin embargo, a pesar de este esfuerzo, han surgido relativamente pocas conclusiones definitivas sobre qué hacer.

La adherencia puede ser monitoreada y gestionada muy estrechamente dentro del contexto de un ensayo clínico de un medicamento recién introducido (o una nueva indicación para un medicamento). En esta situación, el régimen de medicación se define en protocolos detallados, los recursos y la energía están disponibles para aplicar el régimen rigurosamente, y los participantes son voluntarios, a menudo con entusiasmo para cumplir con el protocolo del ensayo.

Sin embargo, mantener el rigor y la validez en los estudios observacionales y los ensayos clínicos de los programas de intervención (a diferencia de los ensayos farmacológicos) plantea algunas dificultades particulares. Estas se derivan de:

- La heterogeneidad de los posibles sujetos de la investigación y sus estados de salud, lo que da lugar a muchos efectos de confusión potenciales.
- La selección de pacientes o participantes para el estudio, que a menudo se basa en los que están dispuestos a participar y no en los seleccionados, lo que da lugar a posibles sesgos de selección, falta de validez externa (transferibilidad a otros grupos) y, en algunas situaciones, un número insuficiente de participantes.
- La heterogeneidad de las intervenciones, con intervenciones específicas que a menudo ocurren entre otras intervenciones concurrentes o de "fondo" que podrían influir en la adherencia, y que generalmente no se documentan como potenciales factores de confusión.
- Descripciones imprecisas o insuficientemente detalladas de las intervenciones, lo que hace imposible identificar los componentes de las intervenciones que tienen en cuenta cualquier efecto aparente, y limita aún más la posibilidad de transferir o generalizar cualquier intervención aparentemente exitosa.
- Falta de estandarización e imprecisión en la medición o clasificación de la adherencia, lo que lleva nuevamente a la heterogeneidad entre los estudios.

Heterogeneidad de los posibles sujetos de investigación

Los pacientes mayores representan una amplia muestra representativa de la comunidad en términos de edad, aptitud física y movilidad, capacidad cognitiva y uso de medicamentos. Muchos de los estudios citados en este informe no estratifican ni ajustan estas características, y no examinan necesariamente su distribución entre los grupos de comparación. Dado que las poblaciones de estudio son a menudo relativamente pequeñas, es poco probable que las características (registradas o no) se distribuyan uniformemente entre los grupos de comparación, incluso si se asignan al azar. Esto crea las condiciones para una posible confusión, con el consiguiente riesgo de distorsionar los resultados y las conclusiones.

Selección de participantes y sesgo de selección

La selección de pacientes o participantes es un elemento crítico tanto en la planificación como en la ejecución de una investigación evaluativa. Muchos de los artículos citados en este informe proporcionan información insuficiente sobre la selección de pacientes o la asignación de individuos a grupos de comparación. La lógica de la evaluación sugiere que los pacientes que reciben una intervención en estudio deben compararse con los que no reciben la intervención, o que los pacientes adherentes deben compararse con los pacientes no adherentes. Sin embargo, el reclutamiento a menudo se basa en aquellos que están dispuestos y no en aquellos seleccionados para participar en un estudio. Estos factores dan lugar a un sesgo en el proceso de selección y limitan la validez externa de las conclusiones.

Heterogeneidad de las intervenciones

Muchos de los artículos citados en este informe también proporcionan pocos detalles significativos sobre las intervenciones que evaluaron. Dado que muchas de las intervenciones aparentemente incluían una intervención principal como una de varias actividades concurrentes que podrían influir en la adherencia y que podrían variar entre los grupos de comparación, a veces fue difícil discernir la naturaleza exacta de la intervención.

De hecho, en su revisión sistemática, Nieuwlaat *et al*¹ observaron que ninguna de las intervenciones informadas tenía factores de éxito comunes. En general, las intervenciones complejas se compararon con la atención habitual en lugar de con intervenciones simples. Por lo tanto, fue difícil atribuir las mejoras en la adherencia y los resultados clínicos a aspectos particulares de una intervención y determinar cómo transferir intervenciones aparentemente exitosas a otros ámbitos.

Falta de estandarización en la medición o clasificación de la adherencia

Algunos estudios clasificaron dicotómicamente el comportamiento de los pacientes en cuanto a la toma de medicamentos como "adherente" o "no adherente" en relación con un umbral previamente definido, mientras que otros utilizaron indicadores predefinidos para crear variables continuas, como la "proporción de días cubiertos" (CDP) basada en los intervalos de tiempo reales y previstos entre las renovaciones de recetas. La mayoría de los ensayos clínicos toman un PDC de $\geq 80\%$ como "adherente", pero esto es variable. La variabilidad significa que puede ser difícil o imposible presentar metanálisis válidos o incluso combinar los hallazgos de dos o más estudios informalmente.

La determinación de la adherencia también es heterogénea entre los estudios. Algunos estudios se basan en estimaciones "directas", obtenidas preguntando a los pacientes sobre su uso de medicación, o mediante "recuentos de comprimidos" periódicos, o mediante el uso de ayudas electrónicas para la administración de dosis que registran la extracción de una tableta o cápsula de un envase. La adherencia también puede estimarse indirectamente midiendo los niveles de medicamentos o sus metabolitos en los fluidos corporales, o midiendo fenómenos fisiológicos (como la presión arterial en un paciente que toma medicamentos antihipertensivos). Los métodos complejos de medición pueden ser posibles en estudios de investigación como los ensayos aleatorios de eficacia de medicamentos, pero en su mayoría son inapropiados en la práctica clínica habitual. Por supuesto, es esencial evaluar la validez de una medición indirecta, y no siempre está claro que una variable fisiológica medida sea un indicador válido de adherencia.

Posibles soluciones metodológicas

Aunque de las revisiones sistemáticas de las intervenciones ha surgido alguna información útil para mejorar la adherencia, el valor de cualquier revisión sistemática depende de la validez y calidad de los estudios que se revisan. Las revisiones sistemáticas publicadas en los últimos años han llamado constantemente la atención sobre las debilidades metodológicas tanto de los ensayos controlados como de los estudios observacionales que evalúan estas intervenciones, y todas las revisiones sistemáticas han llegado a la conclusión de que un metanálisis es imposible debido a la heterogeneidad de los estudios.

Desde una perspectiva metodológica, los estudios más sólidos han sido los ensayos controlados aleatorios o los estudios observacionales realizados en sistemas de salud circunscritos que recopilan datos completos

sobre los pacientes reclutados. Por razones que tienen más que ver con la financiación que con la atención al paciente, estos sistemas tienen la capacidad de hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo de la mayor parte o de toda la secuencia (véase la sección 3.1), desde la presentación y el diagnóstico, pasando por la dispensación, hasta el uso de los medicamentos, incluyendo la renovación de las recetas. Por lo tanto, pueden generar datos cuantitativos razonablemente coherentes y fiables sobre la adherencia.

Para poder monitorear la adherencia y evaluar las intervenciones nuevas y existentes, los investigadores deben considerar los siguientes puntos:

- Especificar las intervenciones detalladamente, enumerando y describiendo todas las actividades de los componentes que se incluyen.
- Describir detalladamente la muestra de pacientes del estudio, anotando cómo se seleccionó la muestra, así como los criterios de inclusión y exclusión.
- Proporcionar datos sobre las tasas de respuesta en el momento del reclutamiento de pacientes y las tasas subsiguientes de seguimiento o abandono.
- Definir la adherencia y, en la medida de lo posible, animar a los investigadores sobre el uso de medicamentos y la adherencia a utilizar un pequeño conjunto de indicadores para que se puedan hacer comparaciones válidas entre los estudios.
- Recopilar datos sobre posibles factores de confusión, como las comorbilidades (especialmente el estado cognitivo) y los tratamientos concurrentes, y/o estratificar la muestra del estudio por factores como la edad y el sexo.

Aunque las revisiones sistemáticas realizadas hasta la fecha han proporcionado información útil, no se justifican revisiones sistemáticas adicionales hasta que se haya publicado un cuerpo sustancial de investigación que siga los cinco puntos anteriores.

4.4 Formulación de intervenciones para mejorar la adherencia

El problema de la adherencia es antiguo. *Decorum*, una de las obras del corpus hipocrático del siglo I o II d.C., da el siguiente consejo:

Vigila... sobre los errores de los pacientes, que a menudo les hacen mentir sobre la toma de las cosas prescritas. Porque al no tomar bebidas desagradables, purgantes u otras, a veces mueren.

Después de casi dos milenios, Haynes *et al*² escribieron que

... aumentar la efectividad de las intervenciones de adherencia puede tener un impacto mucho mayor en la salud de la población que cualquier mejora en tratamientos médicos específicos.

Además, Brown y Bussell³ observaron que

La naturaleza multifactorial de la mala adherencia a la medicación implica que sólo un esfuerzo sostenido y coordinado asegurará una adherencia óptima a los medicamentos y la realización de todos los beneficios de los tratamientos actuales.

Las palabras "sostenido", "coordinado" y "esfuerzo" encapsulan la naturaleza de las principales intervenciones que se encuentran consistentemente o al menos repetidamente como eficaces para los pacientes de edad avanzada. Los elementos significativos de estas intervenciones son los siguientes:

- **Comunicar efectivamente con el paciente y el cuidador por parte de todos los miembros del equipo sanitario.** La comunicación efectiva incluye: (i) involucrar al paciente (y al cuidador, si procede) en el proceso de toma de decisiones sobre los tratamientos y las opciones de medicación; (ii) evaluar el estado cognitivo del paciente y su nivel de conocimientos sobre la salud, y guiar el debate para garantizar que el paciente pueda participar en este proceso de toma de decisiones; (iii) establecer y mantener vínculos entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria, especialmente médicos, enfermeras y farmacéuticos, de modo que los farmacéuticos tengan acceso a toda la información clínica pertinente; iv) permitir que la farmacia desempeñe su papel central en la educación y el

asesoramiento de los pacientes sobre los medicamentos y su adherencia, tanto para mejorar la comprensión del plan terapéutico como para disipar cualquier concepto infundado que pueda conducir a la no adherencia intencionada; v) utilizar la tecnología contemporánea, en particular los teléfonos móviles, para mantener contactos de seguimiento con los pacientes (o los cuidadores) a fin de determinar si los pacientes están tomando sus medicamentos correctamente y si existen dificultades para tomarlos o efectos secundarios; y vi) poner en práctica servicios dirigidos por la farmacia para apoyar a los pacientes que toman nuevos medicamentos.

- **Facilitar en la medida de lo posible a los pacientes mayores la toma correcta de sus medicamentos.** Esto implica: (i) mantener los regímenes de medicación tan simples como sea posible desde el principio; (ii) revisar los regímenes de medicación (por ejemplo, mediante revisiones de medicación domiciliaria realizadas por farmacéuticos) para identificar y gestionar la polifarmacia; (iii) proporcionar sistemas personalizados de dosificación que ayuden a los pacientes (o cuidadores) a tomar el medicamento correcto en la dosis correcta en el momento correcto, y a llevar un registro de lo que han o no han tomado; (iv) permitir que los miembros de la familia apoyen al paciente en el cumplimiento de su régimen de medicación; y v) proporcionar recordatorios, tanto para tomar medicamentos como para obtener y surtir recetas repetidas, ambas activadas posiblemente por sistemas que notifican cuando no se toma un medicamento o no se vuelve a surtir una receta.
- **Mantener el esfuerzo.** Ninguna de las intervenciones descritas anteriormente es autosuficiente, y la adherencia sólo se puede mejorar de manera continua mediante la atención continua a las necesidades del paciente, incluidas las siguientes acciones: (i) repetir el mensaje cada vez que se presente la oportunidad (por ejemplo, cuando se renueva una receta); (ii) preguntar repetidamente si la toma del medicamento está causando algún problema y tratar cualquier problema que surja, preferiblemente en consulta con el prescriptor; y (iii) observar las técnicas de administración de dosis de manera regular y continua, y hacer las correcciones necesarias (por ejemplo, con la técnica de inhalación para pacientes con asma o EPOC).

Como sugiere la experiencia de los últimos 2.000 años, la no adherencia es un problema persistente que ninguna intervención resolverá por completo. Sin embargo, se puede hacer mucho para promover la adherencia y minimizar la no adherencia, optimizando así los resultados terapéuticos.

4.5 Referencias

1. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. The Cochrane Library, 2014; doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
2. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008;(2):CD000011.
3. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings 2011;86(4):304–14. doi: 10.4065/mcp.2010.0575.

5 Anexo 1: Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica que constituyó la base de este informe utilizó las siguientes bases de datos electrónicas, a las que se accedió a través de la Biblioteca de la Universidad de Sidney:

- Biblioteca Cochrane (Base de datos de revisiones sistemáticas)
- Embase
- Google Scholar
- PubMed - Medline
- Science Direct

Los términos de búsqueda empleados (originalmente en inglés) se enumeran a continuación.

Actividades por farmacéuticos:

Adherencia
Formación en adherencia
Educación sobre la adherencia
Adherencia en personas mayores
Adherencia y cuidadores y familia
Adherencia y cónyuges/parejas
Farmacéuticos y adherencia

Adherencia y trastornos específicos:

Adherencia e hipertensión
Adherencia y asma
Adherencia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Adherencia e inhaladores
Adherencia y VIH
Adherencia y medicamentos contra el cáncer
Servicios de adherencia y oncología
Adherencia y pacientes dementes
Adherencia y pacientes psiquiátricos

Adherencia y actividades o situaciones específicas:

Servicio de Nuevos Medicamentos
Nueva receta
Adherencia y dispositivos electrónicos
Adherencia y zonas remotas
Adherencia y mayores basados en la comunidad

Además de la búsqueda bibliográfica formal en las bases de datos, se examinaron las referencias citadas en cada artículo seleccionado, con lo que se encontraron referencias adicionales. También se realizaron búsquedas de seguimiento *ad hoc* a través de la Biblioteca Cochrane, Google Scholar y PubMed.

6 Anexo 2. Formulario de la encuesta

El siguiente cuestionario se envió a las organizaciones miembros de la FIP. Su propósito fue obtener información sobre iniciativas relevantes en los países miembros y estudios de caso. La información obtenida se recopila y discute en el Capítulo 4.

Intervenciones farmacéuticas nacionales y programas para promover la adherencia de los medicamentos en pacientes mayores

Como saben, la FIP nos ha comisionado para preparar un informe sobre las intervenciones de los farmacéuticos y los programas para promover la adherencia a los medicamentos en pacientes mayores.

Como lo discutimos en la conferencia de Seúl en septiembre, el informe contendrá información sobre las principales iniciativas relevantes en cada país (algunas de ellas fueron discutidas durante la reunión de Seúl).

Ahora les invitamos a proporcionar información sobre ejemplos de intervenciones farmacéuticas y programas para promover la adherencia en pacientes mayores. Nos complacería saber de intervenciones que se dirigen específicamente a las personas de edad avanzada, así como de intervenciones dirigidas a rangos de edad más amplios, incluidas las personas de edad avanzada.

Los encabezados a continuación son una guía de los tipos de información que estamos buscando.

Recopilaremos las respuestas en una sección del informe. Le enviaremos un borrador de esta sección para su revisión antes de presentar el borrador completo del informe al Bureau de la FIP.

Les agradeceríamos que nos enviaran su respuesta a más tardar el 3 de enero de 2018. Por favor envíela por correo electrónico a Michael - michael.frommer@sydney.edu.au.

Muchas gracias.

Parisa Aslani
Tim Chen
Michael Frommer

Su nombre:

Su institución o agencia y dirección:

Su dirección de correo electrónico:

1. Por favor, describa uno o más ejemplos importantes de servicios o programas farmacéuticos que promueven la adherencia a los medicamentos en las personas mayores en su país.

2. Para cada uno de estos ejemplos, por favor conteste lo siguiente:

2.1 ¿La iniciativa se centra exclusivamente en la adherencia, o es la adherencia un aspecto de un conjunto más amplio de intervenciones?

- A Centrado exclusivamente en la adherencia
- B Un aspecto de un conjunto más amplio de intervenciones

Si es B, enumere las otras áreas a las que se dirige la intervención:

2.2 ¿La iniciativa es específica para una enfermedad y/o trastorno de salud en particular o un grupo de enfermedades/ trastornos de salud, o es inespecífica?

- A. No específico
- B. Específico

Si es B, por favor indique qué enfermedad(es) y/o trastorno(s) de salud

2.3 ¿Es la iniciativa específica para un medicamento o una clase de medicamentos en particular, o se aplica a una amplia gama de tipos de medicamentos?

- A. No específico
- B. Específico

Si es B, por favor indique qué medicamento(s)

2.4. ¿La iniciativa se dirige específicamente a las personas mayores o está dirigida a una amplia gama de grupos de edad?

- A. Específicamente los mayores
- B. Amplia gama de grupos de edad

3. Por favor describa la iniciativa o programa.

4. ¿Cuáles son los resultados previstos de la iniciativa o programa, y cómo se evalúan estos resultados?

5. ¿Se lleva a cabo la iniciativa o el programa a escala nacional, o a nivel estatal/provincial, o a nivel regional/local?

6. ¿Cuándo comenzó la iniciativa o el programa?

7. ¿Ha terminado la iniciativa o el programa, o todavía se está llevando a cabo de manera activa? Si ha terminado, ¿cuándo terminó?

8. ¿Está previsto que la iniciativa o el programa se lleve a cabo de manera continua o que se ejecute de manera intermitente o cíclica?

9. ¿Cuál es el nombre de la agencia (o agencias) que realizan la iniciativa o programa?

10. ¿Cómo se financia la iniciativa o programa?

11. ¿La iniciativa está dirigida exclusivamente por la profesión farmacéutica o es multidisciplinaria? Si es multidisciplinario, ¿cuál es el papel de la farmacia?

12. ¿Cómo se capacita y acredita a los farmacéuticos para llevar a cabo la iniciativa o el programa?

13. Sírvase indicar cualquier publicación o informe de dominio público que describa o evalúe la iniciativa o publicación.

14. Sírvase enumerar o adjuntar cualquier artículo publicado en los medios de comunicación que proporcione información adicional.

Otros comentarios o información adicional:

Muchas gracias por proporcionarnos información para la encuesta.

International
Pharmaceutical
Federation

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands

T +31 (0)70 302 19 70
F +31 (0)70 302 19 99
fip@fip.org

www.fip.org

| Reference / 2018/ 06



Esta traducción del informe original ha sido realizada y patrocinada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (España)