

ACADEMIA DE FARMACIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

# LA ADHERENCIA DEL PACIENTE: MÁS ALLÁ DEL SIGLO XXI EL ROL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO

Discurso de presentación del Académico Numerario

**Ilmo Sr. D. Javier Hernández Haba**

Discurso de recepción como Académica correspondiente

**Dra. D<sup>a</sup> Rosa Prats Más**

Leídos en Alicante el día 29 de noviembre de 2019

DISCURSO DE PRESENTACION  
DEL ACADEMICO NUMERARIO  
ILMO. SR. DR. JAVIER HERNÁNDEZ HABA

---

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia de la CV

Ilma. Sra. Presidenta del COFA y Académica de esta Corporación

Ilmos. Sres. Académicos

Dignísimas Autoridades Universitarias y Sanitarias

Señoras y Señores:

La entrada de un nuevo académico es siempre motivo de alegría para la Academia. y, en consecuencia, debo agradecer la deferencia de la Academia al designarme para presentar y glosar los notables méritos de la nueva Académica Correspondiente, la Dra. Rosa Prats Más.

Rosa Prats nació en Caracas (Venezuela), el 30 de abril de 1959, hija de padres españoles emigrantes de la época de los sesenta y allí permaneció durante sus primeros 12 años hasta que su familia volvió a España.

Pertenece a la tercera promoción de farmacéuticos de la Facultad de Farmacia de la Universitat de Valencia. Al finalizar sus estudios, en 1981, se incorpora a la Cátedra de Historia de la Farmacia de dicha Facultad, donde realiza la tesina sobre “*Contribución al estudio de los balnearios y las aguas minero medicinales en España década 1854-1864*”, bajo la dirección de la Prof. Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Vidal Casero

En 1987 se le concede la apertura de una oficina de farmacia en Denia, solicitada al amparo del art 3.1 b, del Real Decreto 909/1978 y comienza así su actividad profesional como titular en farmacia comunitaria, labor que continúa desempeñando en la actualidad.

El periodo entre su licenciatura (1981) y la apertura de la oficina de farmacia (1987), marca su futuro profesional. Como licenciada en prácticas, trabaja un año en la farmacia y laboratorio de análisis de la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Salabert, quien, con su profesionalidad, capacidad docente y su apasionada defensa de la farmacia comunitaria, pone la verdadera semilla de farmacéutica comunitaria asistencial en Rosa, quien, hasta entonces, pretendía dedicarse únicamente a los análisis clínicos. Semilla que se potenció con su experiencia hospitalaria, pues tuvo la suerte de realizar 6 meses de prácticas junto al Dr. Francisco Selma Medrano, jefe de servicio de Farmacia en el Hospital Arnau de Vilanova, uno de los impulsores en ese cambio de paradigma que sufrió por entonces la farmacia hospitalaria.

La preocupación por la Atención farmacéutica al paciente, en relación a sus necesidades relacionadas con los medicamentos la lleva a realizar el *Máster de Atención Farmacéutica de la Universitat de Valencia* en su 1<sup>a</sup> edición (1998-1999), actualizando así conocimientos en farmacología y aprendiendo también a mejorar la comunicación con los pacientes y la importancia de trabajar en equipo. Desde entonces, no ha abandonado nunca esa línea de trabajo. Así, en 2003, junto con otras compañeras de la zona de Denia, crearon un grupo de Atención Farmacéutica, con reuniones quincenales para compartir y debatir casos de seguimiento terapéutico de los pacientes de las respectivas farmacias. El grupo presentó comunicaciones en Congresos, e incluso publicaron en revistas del sector.

Su actividad asistencial le lleva, en 2006, a realizar el curso de *Experto en Seguimiento Fármaco-terapéutico* organizado por la Univer-

sidad de Granada, donde profundizan en el seguimiento fármaco-terapéutico, los PRM, y más tarde los RNM, para así mejorar la farmacoterapia de los pacientes. Fruto de ello fue la realización y participación de un estudio de Riesgo Cardiovascular, que supuso su primera publicación internacional en revista indexada.

Ese interés por la Atención Farmacéutica y su desarrollo en la Farmacia Comunitaria conduce a Rosa a formar parte de la *Comisión de Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante (COFA)* desde 2006, y posteriormente vocal y miembro de la *Comisión Científica del Colegio* (2014-2018). Desde el COFA, participa en la elaboración de jornadas y cursos siempre orientados al desarrollo de la Farmacia Comunitaria Asistencial. También en el diseño y realización de cribados poblacionales desde la farmacia comunitaria, como diabetes o hipertensión, así como en la organización de la difusión y sensibilización del cribado de cáncer de colon, a través de todas las farmacias de la provincia de Alicante, en coordinación con los servicios de Salud Pública.

Ha representado al COFA, en el grupo de trabajo de Servicios Profesionales de la Conselleria para la elaboración del borrador del decreto de Servicios Profesionales. Decreto que marca un antes y un después de la Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana.

Desde 2010, la nueva Académica es Doctora en Farmacia por la Universidad Granada, tesis desarrollada en el Departamento de Química Física dentro del programa de farmacia asistencial de la Facultad Farmacia, titulada "*Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria*". Obtuvo la calificación de Sobresaliente "Cum laude".

En su carrera profesional también destaca una importante labor docente, como profesora de prácticas tuteladas en Farmacia Comunitaria, con alumnos de la Universidad CEU-Cardenal Herrera y de la Universidad de Valencia, así como con alumnos de auxiliar técnico de farmacia del IES Tirant lo Blanc de Gandía.

Dentro de la Universidad CEU-Cardenal Herrera, participa activamente en el Aula de Farmacia Práctica, colaborando con dos grandes impulsores de la farmacia comunitaria asistencial, los doctores Francis-

co Martínez Romero y Lucrecia Moreno Royo. También participa como profesora colaboradora en la asignatura Atención Farmacéutica y en la realización del *Máster online de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en Farmacia Comunitaria*.

Dentro de su labor formativa en el COFA y dada su preocupación por la mejora de la adherencia terapéutica del paciente, imprescindible para conseguir los objetivos de los tratamientos, destaca la presentación de diversas ponencias y la participación en la realización del curso online para implantación del *Servicio de Dosificación Personalizada, SPD*, cuyo objetivo es formar a farmacéuticos en el proceso metodológico óptimo para implantar un Sistema de Dosificación que favorezca la adherencia al tratamiento.

Ha dirigido el Trabajo Fin de Grado *“Anticoagulantes, un desafío en la adherencia terapéutica”* del Master en investigación y uso racional de fármacos, de la Universitat de Valencia y actualmente dirige una tesis doctoral sobre ese tema.

La Dra. Prats ha participado tanto como miembro del comité científico, como en la obtención de datos, en varios proyectos de investigación financiados entre ellos, destacaríamos el proyecto *I-VALOR*, impulsado por la *Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)*.

Exclusivamente como investigadora también ha participado en el proyecto de la SEFAC sobre *“Medidas de la presión arterial en adolescentes por farmacéuticos comunitarios”* (MEPAFAC), y en los proyectos COFARTEN sobre *“Determinación del Riesgo Vascular y Rigidez Arterial en Atención Primaria”* y CRIDECO *“Cribado de deterioro cognitivo en población con quejas subjetivas de memoria”*, ambos promovidos por la Universidad CEU Cardenal-Herrera.

Y finalmente también intervino en el *“Estudio retrospectivo del impacto de los cambios en la apariencia en las pastillas en la adherencia de los bloqueadores del receptor de angiotensina y en los niveles de presión arterial”*, patrocinado por la Universidad Miguel Hernández.

Es autora o coautora de varios artículos en revistas y de más de 40 posters en congresos nacionales e internacionales; siete de ellos galardonados como “premio comunicación oral”, varios de ellos relacio-

nados con la mejora de la adherencia del paciente. También es autora de varios capítulos de libros o módulos de cursos online, y de un libro sobre “*Registro de actuaciones farmacéuticas en la Farmacia Comunitaria*”.

Impulsada por SEFAC y siguiendo con su objetivo de mejorar la adherencia, ha coordinado la “*GUIA ADHe+ Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario*”. Es una guía rápida para la detección de pacientes no adherentes durante el proceso de la dispensación en farmacia comunitaria y las herramientas para poder abordarlo de forma personalizada.

La Dra. Prats es miembro activo de SEFAC desde sus inicios, y no ha dejado de participar activamente en grupos de trabajo, reuniones y congresos, impartiendo cursos o ponencias. Tuvo el honor de ser la presidenta del Comité Científico del último Congreso SEFAC celebrado aquí en Alicante en mayo del 2018 y también presidenta del Comité Científico del *I Encuentro de Riesgo Cardio Vascular del Mediterráneo* celebrado en Murcia este año.

Actualmente es miembro de los Comités Científicos de los próximos Congresos de SEFAC-SEMERGEN (enero 2020) y SEFAC (mayo 2020) en Bilbao. Dentro de SEFAC, es miembro del Comité de desarrollo y Comité científico-revisor, Coordinadora de todos los grupos de trabajo y, responsable del grupo de trabajo de hipertensión y desde este año, pertenece a la Junta Directiva.

Como decíamos al inicio, la recepción de nuevos académicos son actos muy satisfactorios para la Academia, pero va a ser el valor científico y humano, del que cada Académico es portador, lo que verdaderamente resulta enriquecedor para esta Corporación. En este caso, la llegada de la Dra. Rosa Prats, estoy convencido de que es así, y que no defraudará lo que de ella se espera.

Bienvenida a la Academia.

He dicho

Javier Hernández Haba



Dra. Dña. Rosa Prats Más

---

**LA ADHERENCIA DEL PACIENTE:  
MÁS ALLÁ DEL SIGLO XXI  
EL ROL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO**





# 1.- Preámbulo

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia de la CV

Ilma. Sra. Presidenta del COFA y Académica de esta Corporación

Ilmos. Sres. Académicos

Dignísimas Autoridades Universitarias y Sanitarias

Señoras y Señores,

Es para mí un honor estar hoy aquí dispuesta a leer mi discurso de entrada en la prestigiosa Institución de la Academia de Farmacia de la Comunidad Valenciana. Soy consciente del alto nivel de compromiso de los académicos y por ello, mi deber a partir de ahora será hacerme merecedora de esta distinción. Espero no defraudarles.

Sean mis primeras palabras de gratitud, para expresar mi más profundo agradecimiento a los Académicos que presentaron mi candidatura a esta Ilustre Corporación: los Ilmos Sres. numerarios Dr. D. Javier Hernández Haba, Dr. D. Fernando Rius Alarcó y Dr. D. Agustín Llopis González.

En este momento tan emotivo de mi vida profesional, quiero agradecer también a las personas que, a lo largo de mi trayectoria profesional han contribuido a que hoy pueda dirigirme a ustedes. Personas que han confiado en mí, dándome la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, como son en primer lugar mis directores de tesis: Dr Fernando Martínez-Martínez, profesor Titular de la Universidad de Granada, que apostó por mi proyecto de tesis, y gracias también a mis directoras: Dra. Isabel Baena Parejo, por entonces delegada de Salud de la Junta en Córdoba y ahora viceconsejera de Salud de la Consejería de Córdoba y Dra. Pilar García Delgado, por sus acertadas orientaciones , soporte y discusión crítica. Sin olvidar a Inés Roig, farmacéutica comunitaria, compañera y amiga, por su apoyo profesional, y como siempre incondicional, desde el principio a fin.

Así mismo, quiero dar las gracias a D. Jaime Carbonell y Dña Fe Ballester, presidentes de este Colegio, por concederme la oportunidad, en cada una de sus legislaturas, de formar parte de esta casa: El COFA. Pertenecer a cada una de sus juntas me han permitido conocer, tanto la labor del servicio que se realiza a los colegiados, en todos los niveles relacionados con la labor profesional, como la participación en la realización de actividades, como son la formación y actualización de los conocimientos de los colegiados, pilar fundamental para realizar una labor profesional adecuada. Así como en el desarrollo de los Servicios Profesionales Farmacéuticos, trampolín para futuro de la farmacia comunitaria

Agradecer a la Sociedad científica a la que pertenezco: Sociedad Española de Farmacia familiar y comunitaria y, en particular a su presidente D. Jesús Gómez, la labor que se está realizando en favor de la farmacia asistencial y por supuesto la confianza depositada en mi desde siempre y permitirme aportar mi granito de arena a esta Sociedad.

Mis logros no son solo míos, quiero agradecer de verdad a mi equipo de la farmacia el apoyo y la ayuda inestimable, sin la cual sería complicado poder realizar muchos de mis objetivos.

Quiero, asimismo dar las gracias a mis amigos, algunos de ellos hoy aquí, por estar cerca cuando los he necesitado, dando fe de lo que realmente significa la palabra amistad.

Y no deseo acabar sin expresar un emocionado agradecimiento

a mi familia, a mis padres, con especial recuerdo a mi padre Vicente y a mis hijas Tamara y Carla, que sigue la vocación de farmacéutica, con gran orgullo para mí. Dos grandes mujeres de las que yo aprendo día a día, y por supuesto quiero agradecer a mi marido Pepe Borja, por su constante apoyo y cariño desde siempre. Todos ellos son el motor de mi vida, sin el cual no podría haber llegado hasta aquí.

A todos ustedes, muchas gracias por venir y por escucharme.

Cuando consideraba el tema con el que me podía dirigir a esta ILUSTRE Academia, no tuve duda, pues LA ADHERENCIA TERAPEUTICA es un tema que me preocupa, de hecho, la NO Adherencia es un problema de salud pública, y así lo manifiesta la OMS, ya que tiene graves consecuencias clínicas, económicas y sociales, y a día de hoy supone un reto para los sistemas sanitarios de todo el mundo.

La adherencia pues, es un tema al que he dedicado parte de mis investigaciones, formaciones y colaboraciones. Investigaciones en la propia farmacia mediante el estudio de los registros de las actuaciones realizadas (proyecto de mi tesis), detectando que 9 de cada 10 incidencias que se producen en dispensación con receta y en automedicación, son por la falta de información del paciente, bien sobre el medicamento o sobre su enfermedad., siendo la información un pilar fundamental para la adherencia.

Estudiando también, con la llegada de la receta electrónica, por qué los pacientes no recogen su medicación, o bien dirigiendo trabajos de tesis o TFG sobre el tema (concretamente sobre la adherencia en los anticoagulantes orales). Participé como coordinadora en la elaboración de la **GUIA ADHe+**, guía para la detección y mejora de la adherencia desde la farmacia comunitaria, impulsada por SEFAC. También gracias a SEFAC, he tenido la oportunidad de participar desde el grupo de adherencia, en la elaboración del protocolo del Servicio de adherencia que se ha realizado con FORO.

El tema de la adherencia es un tema que viene de antiguo, ya Hipócrates en sus *Decorum* hablaba de incumplimiento, y desde entonces se ha intentado abordar desde varios puntos de vista, que ampliaremos en el discurso.

A continuación, paso a leer el discurso.



# La ADHERENCIA del paciente: más allá del siglo XXI

## El rol del farmacéutico comunitario

### INDICE

Preámbulo

Parte 1: LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

1. La adherencia terapéutica
  - 1.1 Definición
  - 1.2 Adherencia, cumplimiento, concordancia, persistencia
  - 1.3 Magnitud de la NO adherencia (NA)
  - 1.4 La NO adherencia: un problema de salud pública
  - 1.5 La adherencia terapéutica, clave para una sanidad sostenible
  - 1.6 Factores que influyen en la falta de adherencia
  - 1.7 Componentes de la adherencia
  - 1.8 Tipos de NO adherencia
  - 1.9 Paciente NO adherente NO iniciador
2. Detección del paciente NO adherente
  - 2.1 Perfiles de pacientes no adherentes
  - 2.2 Métodos para medir la adherencia

Parte 2: EL ROL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN LA  
MEJORA DE LA ADHERENCIA

1. Evolución del farmacéutico comunitario
2. El farmacéutico del siglo XXI



# Parte 1: LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

## 1. La adherencia terapéutica



## 1.1 Definición

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

## 1.2 Adherencia, cumplimiento concordancia, persistencia

*Vigile (...) las fallas de los pacientes, que a menudo los hacen mentir sobre la toma de las cosas prescritas.*

*Por no tomar bebidas desagradables, purgantes u otras, a veces mueren.*

*Hipócrates, Decorum*

La no adherencia es un problema que viene desde la antigüedad, ya Hipócrates dejó testimonio en este *decorum* hace 2000 años, refiriéndose al incumplimiento. Desde entonces han surgido diferentes conceptos en torno a este problema<sup>2</sup>:

La definición de la OMS ya mencionada se basa en la propuesta de Haynes et al.<sup>3</sup> para el término cumplimiento, siendo la principal diferencia con este que la **adherencia** requiere del consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, más propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente.

Paralelamente, la *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* introduce el concepto de **concordancia** como alternativa a los dos anteriores. La concordancia se define como el proceso de comunicación

entre el paciente y el profesional de la salud que lleva a un acuerdo mutuo, a través de un proceso de negociación y de decisiones compartida<sup>4</sup>.

La **persistencia**, en cambio, tiene que ver con la duración del tratamiento desde su inicio hasta la última dosis, previa a la interrupción. La persistencia es un tema estudiado especialmente en lo que al tratamiento antirretroviral se refiere. En este sentido, el metanálisis estadounidense de Marks et al.<sup>5</sup> concluye que, de los pacientes conocedores de tener virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), solo el 69% acude al sistema sanitario, y de estos solo el 59% se mantiene en él, razón por la que algunas guías de adherencia dan recomendaciones para monitorizar tanto la adherencia como la captación y retención del paciente en el sistema sanitario<sup>6</sup>.

Por tanto, es decisivo que para que un paciente sea adherente debe ser a su vez cumplidor y persistente.

### 1.3 Magnitud de la NO adherencia (NA)

Según la encuesta realizada por el Observatorio de la Adherencia Terapéutica<sup>7</sup> en España a 6150 pacientes con patologías crónicas en toda España en 2017, mediante test *Morinsky Green* (validado para la población española) la no adherencia en patologías crónicas se estima en torno a un 48,4%<sup>7</sup>.

La adherencia es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos. **La NA causa complicaciones** tanto médicos como psicosociales, reduce la calidad de vida de los pacientes, desperdicia recursos sanitarios y supone una carga muy importante en las enfermedades crónicas para los pacientes.

Los niveles de adherencia varían entre patologías debido a que los determinantes generales impactan de manera distinta en cada condición. Además, existe gran variabilidad dependiendo del estadio o de la gravedad de la enfermedad. Pero en todos los casos, el grado de

adherencia y la efectividad de los tratamientos están íntimamente relacionados. Generalmente, la adherencia a los tratamientos suele ser menor en los procesos crónicos que en los agudos<sup>2</sup>.

A priori, no hay un consenso claro sobre el umbral óptimo de adherencia o el nivel de adherencia necesario para alcanzar los resultados terapéuticos adecuados, y dependerá de la evidencia disponible en cada patología. En muchos tratamientos crónicos, y especialmente por falta de datos, se considera aceptable una adherencia superior al 80 %<sup>8</sup>.

Según la encuesta del gabinete de Sociología y Comunicación<sup>9</sup> en 2016 a 1400 pacientes crónicos sobre adherencia terapéutica en España, existe una falta de adherencia notable en los pacientes con depresión (28%). En contraposición, en patologías como el cáncer o en la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el grado de adherencia es alto, con valores superiores al 70%. Por otra parte, los pacientes con hipertensión (52%), diabetes (56%) y EPOC (41%) presentan, en general, valores bajos de adherencia. La irregularidad del curso clínico, la complejidad de los tratamientos y algunos aspectos socio-culturales y psicológicos asociados a estas enfermedades, determinan en muchos casos la falta de adherencia. Además, en estas patologías son muy importantes los tratamientos no farmacológicos asociados, los cuales a menudo implican cambios en los hábitos de vida, siendo la mayoría de veces una barrera para la adherencia. Hablamos de cambios de dieta, la necesidad de realizar ejercicio y los controles frecuentes de algún parámetro de su enfermedad (toma de presión arterial, medida de la glucosa en sangre, etc.). De hecho, en el caso de *diabetes mellitus* la tasa de no adherencia se sitúa entre el 30% y el 51% entre pacientes con DM2 que toman antidiabéticos orales<sup>10</sup>, y cerca del 25% en pacientes insulinizados<sup>11</sup>.

Si tenemos en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, según los datos estadísticos del INE 2018<sup>12</sup>, mejorar la adherencia al tratamiento de la hipertensión y diabetes tendría importantes repercusiones positivas en una mejora sanitaria y de sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud. Es por ello que los profesionales sanitarios, estemos en el

ámbito que estemos, tenemos un importante papel educacional, destacando al farmacéutico comunitario que, por su cercanía y accesibilidad, puede ejercer un papel fundamental.

Se ha comprobado que la adherencia en el tratamiento del asma es muy deficiente, pudiendo llegar tan solo al 28% en los países desarrollados<sup>1</sup>. La razón, en la mayoría de casos, es la complejidad en el uso de los inhaladores. En este caso, además, implica poblaciones especialmente vulnerables, como los niños y adolescentes. La falta de adherencia en el tratamiento del asma aumenta las exacerbaciones, reduce la calidad de vida de los pacientes y, además, supone un sobre-coste en el tratamiento por la necesidad de hospitalizaciones y visitas a urgencias.

Un caso particular lo constituyen las enfermedades infecciosas, con un 54%, en las que el paciente tiende a abandonar el tratamiento cuando empieza a sentirse bien, con el consiguiente problema de las resistencias.

En todos estos pacientes, la información ofrecida desde la farmacia comunitaria es importante, pues la dispensación es el último eslabón en la entrega del medicamento al paciente, para poder informar sobre el mismo, su tratamiento y su correcto manejo.

## 1.4 La NO adherencia: un problema de salud pública

La falta de adherencia, tal como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS), es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, con consecuencias muy significativas tanto a nivel clínico como económico, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas, siendo además en su mayoría evitables, por lo que representa un importante reto para el sistema sanitario.

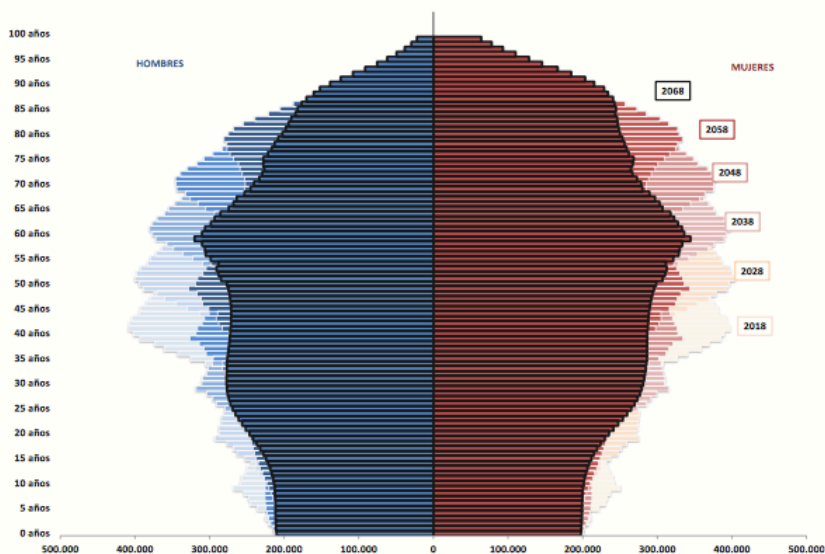
Desde el punto de vista clínico, una buena adherencia está relacionada con mejoras en la calidad y la esperanza de vida de los pacientes. Sin embargo, en el documento del Plan Nacional Estadounidense de 2007 («*Enhancing Prescription Medicine Adherence: a National Action Plan*») se expone que uno de cada tres pacientes no retira la medicación prescrita; uno de cada dos pacientes olvida tomar su medicación; tres de cada diez pacientes dejan de tomar la medicación una vez iniciado el tratamiento, y uno de cada cuatro pacientes toma una dosis inferior a la que le ha prescrito su médico (lo que implica una adherencia inadecuada), que conlleva a un **peor control de la enfermedad** y, por lo tanto, a la aparición de un **mayor número de complicaciones**. Todo ello se traduce, a su vez, en un **mayor gasto sanitario**<sup>13</sup>.

Desde el punto de vista económico, el mismo documento refleja que, en EEUU, se estima que la baja adherencia supone un coste anual de aproximadamente 177.000 millones de dólares en gasto sanitario directo e indirecto. Por otro lado, un estudio realizado en la Unión Europea refleja un coste estimado de 125.000 millones de euros anuales, y unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año<sup>14</sup>. Una reflexión sobre este mismo estudio para España, cifra en 11.250 millones de euros el coste de la NA, y en unas 18.400 muertes que podrían evitarse, si la adherencia fuera la adecuada<sup>15,16</sup>.

**El envejecimiento poblacional** agrava este problema. Según varios estudios realizados en España la adherencia al tratamiento observada en pacientes mayores de 65 años fue del 51,7%<sup>17,18</sup>

España ocupa el cuarto puesto en longevidad de los 182 países

incluidos como desarrollados y el séptimo a nivel global<sup>19</sup>. En este sentido, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida media en hombres es de 80 años y de 85,6 en las mujeres y, según las proyecciones y estimaciones de futuro, se espera que esta cifra aumente en el año 2063 hasta los 90,9 años en hombres, y los 94,3 años en mujeres, respectivamente. Además, el 17,2% de la población total en nuestro país se corresponde con la población envejecida y un 5,1% tiene más de 80 años, cifra que se espera que se duplique en 40 años<sup>20</sup>.



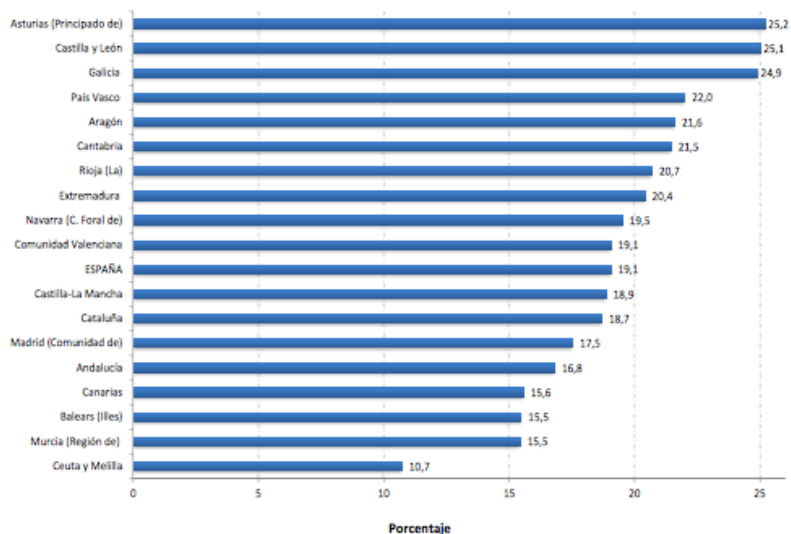
Fuente: INE: Proyecciones de población 2018-2068. consulta en enero de 2019.

En 2068 habría 241.059 centenarios (48.208 hombres y 192.851 mujeres), no representados en la figura.

Figura 1: Proyecciones de población por sexo y edad (2018-2068)<sup>21</sup>

En la *Figura 1* se reflejan los cambios en la pirámide poblacional y el aumento de la población octogenaria de 2018 a 2068. Este aumento se debe principalmente a dos factores: la disminución de las tasas de fecundidad en la población general, y la disminución de las tasas de mortalidad -que conlleva, en muchas ocasiones, un incremento de las

enfermedades crónicas o de larga duración-. Como consecuencia, estas enfermedades precisan de un control adecuado y cercano por parte del paciente y de los profesionales sanitarios.



Fuente: INE: Padrón Continuo a 1 de enero de 2018. Consulta en enero de 2019

Tabla 1: Porcentaje de personas de 65 y más años, por comunidades autónomas (2018)<sup>21</sup>

Según el Ministerio de Sanidad, en Atención Primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos atendidos presentan tres o más enfermedades crónicas y, de éstos, el 94% está polimedicado, por lo que es muy importante que estos pacientes sigan una buena estrategia de adherencia terapéutica para asegurar el buen control de la enfermedad<sup>22</sup>.

Desde el punto de vista de los recursos sanitarios, los pacientes con patologías crónicas suponen el consumo del 80% de las consultas en los centros de Atención Primaria y representan el 60% de las estancias hospitalarias, especialmente en lo que se refiere a ingresos no programados<sup>23</sup>.

Como conclusión, destacamos que la falta de adherencia tiene consecuencias clínicas, económicas y sociales muy importantes y en aumento, a la vez que la sociedad se hace más longeva, lo que da valor a la labor de mejora de la misma.

## 1.5 La adherencia terapéutica, clave para una sanidad sostenible

La adherencia terapéutica es un arma eficaz en la lucha contra el exceso de gasto sanitario. Por esta razón, el aumento de la adherencia, especialmente en los pacientes crónicos, es uno de los objetivos de los sistemas de salud de todo el mundo.

El cumplimiento de los tratamientos prescritos produce una importante reducción del gasto sanitario debido a que se dan menos intervenciones caras, como el uso de los servicios de urgencias cuando hay exacerbaciones, las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, y el coste de los servicios de cuidados intensivos.

De hecho, *Farmaindustria* ha desarrollado un modelo de *Márkov*<sup>24</sup> para la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la *diabetes mellitus* tipo 2 y la depresión mayor, con el objetivo de estimar los impactos sanitarios (menor incidencia de eventos adversos y muertes evitadas) y los impactos económicos (costes sanitarios directos evitados) derivados de incrementos en la adherencia.

Algunos resultados son:

- Una mejora de 10 puntos porcentuales en adherencia en diabetes permitiría una disminución de 52.000 eventos, un ahorro de 367 millones de euros a la sanidad a 20 años.
- Una mejora de 10 puntos porcentuales en adherencia en enfermedad cardiovascular supondría 8.700 muertes menos y un ahorro sanitario de 75 millones de euros a 15 años.



- Unas mejoras de 10 puntos en la adherencia en enfermedades pulmonares obstructivas lograrían evitar 190.000 exacerbaciones, con un gasto sanitario directo evitable de 80 millones de euros, a dos años.
- Una mejora de 10 puntos porcentuales en adherencia en depresión permitiría una disminución de 25.000 recaídas, un ahorro de 15 millones euros a la sanidad a seis meses.

Estas estimaciones no tienen en cuenta el potencial ahorro indirecto en costes no sanitarios, como gastos de asistencia social, compras privadas de material sanitario, bajas laborales, gastos en adaptaciones del hogar, etc.

Por tanto, el aumento de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población constituyen retos para el sistema sanitario que solo pueden resolverse mediante una mayor adherencia terapéutica en los pacientes, con la COLABORACIÓN de todos los miembros de la red asistencial y el apoyo de la administración.

Por ello la profundización en el estudio de la mejora de la adherencia terapéutica es importante para el paciente, para la sociedad y para el futuro de la sanidad.

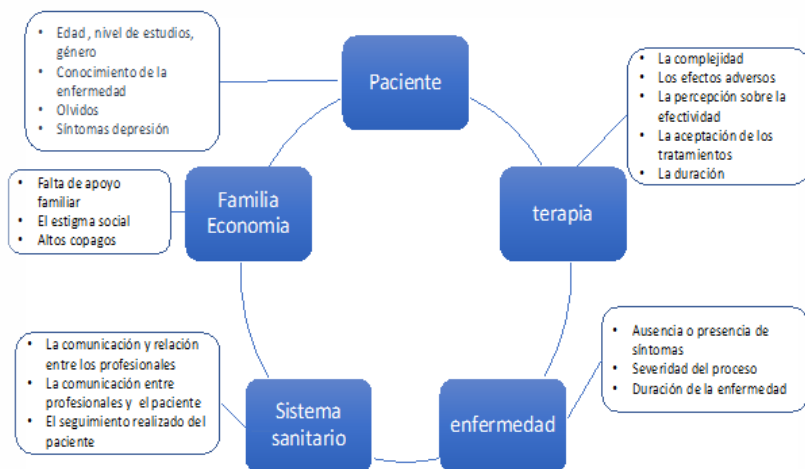
Uno de los programas más ambiciosos que se han lanzado recientemente ha sido el *Plan de adherencia al tratamiento*<sup>22</sup>, impulsado por la Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica (*Farmaindustria*), en el que han participado quince sociedades científicas médicas, farmacéuticas y de enfermería, además de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), del Foro Español de Pacientes y de la Plataforma de Asociaciones de Pacientes. El texto determina cinco grandes pilares a construir: concienciar y sensibilizar a la población sobre la importancia de la adherencia; establecer un programa de adherencia terapéutica desde los distintos sistemas de salud; reducir la complejidad del régimen terapéutico; incrementar la autogestión y empoderamiento del paciente con el apoyo de las asociaciones de pacientes y de las nuevas tecnologías, e implementar un sistema de información del cumplimiento terapéutico.

Estos 5 pilares se apoyan en el 'Pilar 0': optimizar el proceso de la prescripción médica para favorecer la adherencia, dedicando a cada paciente el tiempo necesario, alcanzando así un buen acuerdo terapéutico entre médico y paciente, e **individualizando los tratamientos**.

## 1.6 Factores que influyen en la falta de adherencia

Las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. De hecho, se trata de un problema complejo influido por múltiples factores. La clave para abordarlo sería poder identificar cuáles son estos factores, lo que permitiría elegir estrategias individuales para corregirlo. Según la OMS estos factores se agrupan en 5 grupos<sup>1</sup>:

- A. Relacionados con el paciente
- B. Factores socioeconómicos
- C. Relacionados con el tratamiento
- D. Relacionados con enfermedad
- E. Relacionados con el sistema sanitario



Principales factores que influyen en la adherencia terapéutica. Fig adaptada Dilla et al.

Guía ADHe+

Figura 2: Factores relacionados con la falta de adherencia,<sup>25,26</sup>

### A. Factores relacionados con el paciente

Los pacientes con **edades** comprendidas entre los 41 y 50 años muestran valores más bajos de adherencia. Por el contrario, los pacientes mayores de 81 años reflejan la mayor adherencia terapéutica, quizá por influencia de la institucionalización<sup>27</sup>. Así mismo, cuanto **más instruido** está el paciente es a la vez menos adherente<sup>28</sup>, pues son más críticos.

Con respecto al sexo, en los últimos estudios en España, no parece haber diferencia entre ambos<sup>7</sup>.

Los **olvidos** son, sin duda, la causa más frecuente de la NA. De hecho, un 30,7% de los pacientes atribuyen al olvido su falta de adherencia<sup>7</sup>. La **depresión** y **vivir solos** disminuye la adherencia<sup>33</sup>, y el **conocimiento de la enfermedad** la aumenta.

La falta de conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad

y los tratamientos prescritos, así como sobre la importancia de cumplir con ellos, aparece como uno de los principales condicionantes de la falta de adherencia. Respecto a los medios más utilizados por los pacientes para obtener información sobre las patologías, según la encuesta realizada por el Observatorio de Adherencia 2018<sup>7</sup>, estos reconocen al médico como el principal informador, seguido el farmacéutico.

## B. Factores socioeconómicos

En cuanto a los factores socioeconómicos, el **apoyo social y emocional**, un **entorno familiar** cohesionado, y no vivir solo, han demostrado incrementar las tasas de adherencia, mientras que los **conflictos familiares** las disminuyen<sup>33</sup>.

## C. Los factores relacionados con el tratamiento

El número de fármacos, dosis, y los condicionantes horario y calendario influyen en la adherencia, sobre todo si interfieren en la actividad diaria<sup>29,30</sup>.

Se tiende abandonar los tratamientos que tienen **efectos secundarios** o que se perciben como poco eficaces. **La larga duración** del tratamiento es un factor negativo, estando fuertemente asociada la baja adherencia a la cronicidad, también lo es la existencia de **fracasos previos** al tratamiento y los cambios frecuentes de tratamiento<sup>30,31</sup>.

Muestran mayor adherencia los tratamientos farmacológicos que los no farmacológicos, sobre todo cuando estos suponen cambios en los hábitos de vida (dietas, ejercicios<sup>32</sup>).

#### D. Factores relacionados con la enfermedad

La gravedad, la presencia de síntomas y la presencia de discapacidad<sup>33</sup>.

La larga duración de la enfermedad es un factor negativo, tal como hemos comentado anteriormente<sup>30</sup>.

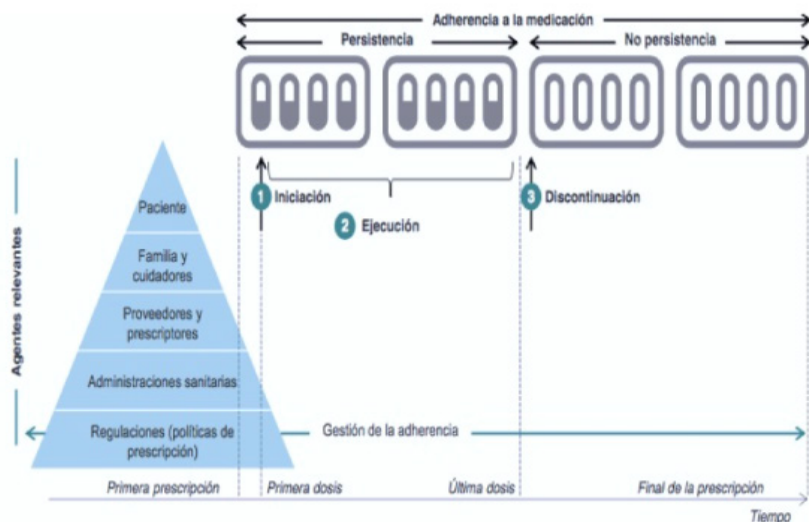
#### E. Relacionados con el equipo sanitario

La mejor disponibilidad de acceso y continuidad del sistema asistencial, la relación de confianza, las comunicaciones con el profesional sanitario aumentan la adherencia y sobre todo la información, factor fundamental porque muchas veces es la única herramienta que tenemos los profesionales sanitarios para conseguir la adherencia terapéutica de los pacientes<sup>34,35</sup>. Así mismo, es importante aprovechar la valoración positiva que tienen los pacientes de la comunicación con el farmacéutico, para mejorar la información de los mismos<sup>7</sup>.

## 1.7 Componentes de la adherencia

La falta de adherencia puede darse en tres momentos del proceso terapéutico<sup>36</sup>(Figura 3):

- **Iniciación:** Cuando el paciente toma la primera dosis del medicamento prescrito.
- **Ejecución:** Grado en el que la pauta real de un paciente se corresponde con la prescrita por el médico. Abarca desde la primera dosis a la última que toma el paciente.
- **Discontinuación:** Marca el final de la terapia. Ocurre cuando, antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y ya no hay más tomas.



Fuente: Vrijens B, et al., 2012

Figura 3: Componentes de la adherencia

Es importante resaltar que la falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de las fases o en varias a la vez. Además del cuándo inicia o finaliza, y del cómo lo usa, es muy importante saber durante cuánto tiempo lo usa, ya que también va a afectar a los resultados clínicos del tratamiento. Ello ha llevado a la introducción del concepto de **persistencia** o tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento. Siguiendo con el esquema anterior, abarcaría desde la iniciación hasta la discontinuación (*Figura 3*).

## 1.8. Tipos de NO adherencia

De las varias clasificaciones de tipos NO adherencia, nos centraremos en dos: la que se basa en la intencionalidad y la que lo hace en el valor temporal.

### SEGÚN LA INTENCIONALIDAD

- NA intencionada: el paciente es consciente de la acción, pudiendo esta decisión estar influenciada por actitudes, expectativas y creencias del paciente.
- NA no intencionada: el paciente se convierte en NA de manera inconsciente, debido a ciertas limitaciones.

### SEGÚN FACTORES TEMPORALES

Se definen varias categorías de NA teniendo en cuenta el momento y cómo se produce<sup>37</sup> (*Figura 4*).

No iniciación o falta de adherencia primaria, donde una vez prescrito el nuevo tratamiento, el usuario no llega a iniciarlo.

Iniciación tardía cuando el usuario retrasa el inicio de la medicación prescrita.

Discontinuación temprana o anticipada, pues el usuario deja de tomar o interrumpe la medicación antes del plazo establecido por el

médico.

Subdosificación, si el usuario toma menos dosis para alcanzar el resultado terapéutico deseado. Puede ser que se hayan dejado alguna toma puntual o que la dosis tomada durante todo el tratamiento sea menor.

Sobredosificación, cuando el usuario ha tomado más medicación de la prescrita por el médico.

Adherencia, el usuario ha tomado correctamente la medicación según la prescripción médica, tanto en dosificación, regularidad y duración establecida.

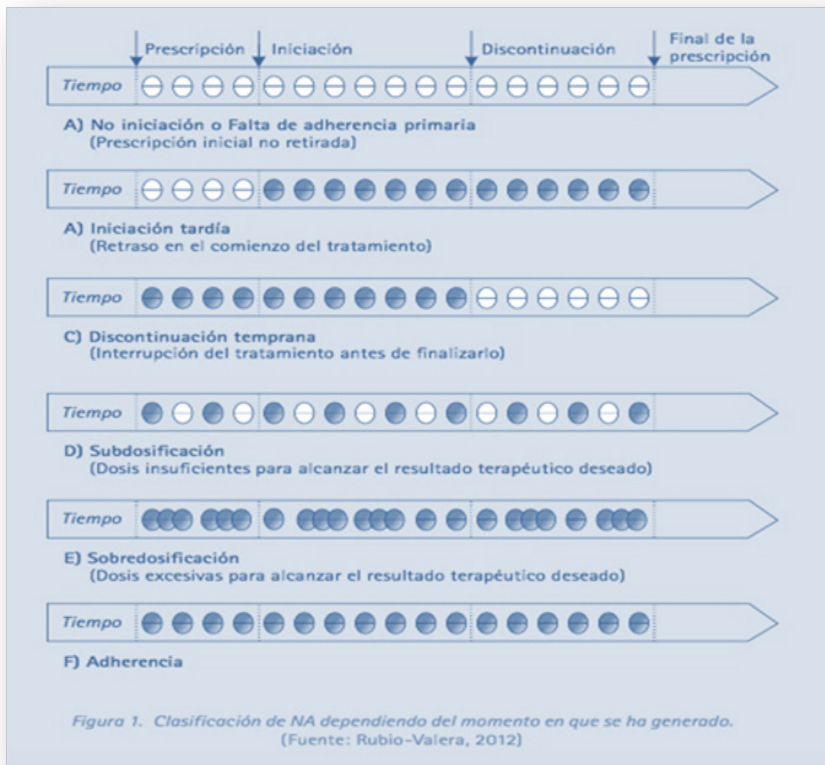


Figura 4: Clasificación de la NA dependiendo del momento en que se ha generado<sup>24</sup>



## 1.9 Paciente no adherente NO iniciador

Las estimaciones de prevalencia sin inicio varían entre 6% y 28% en Atención Primaria y se asocia con resultados clínicos más pobres, más días de baja por enfermedad y costos más altos<sup>38,39</sup>. Un estudio reciente en Cataluña detectó que menos del 17,62% de las nuevas recetas emitidas en el sistema público catalán de Atención Primaria no se dispensan en el mes siguiente a la receta. Esta tasa disminuye ligeramente a 16,05% cuando el período de seguimiento es de 3 meses. El estudio, concretamente, estimó que la no iniciación se encontraba en torno al 10% en medicamentos indicados para patología crónica<sup>40</sup>, y todo ello se asocia con resultados clínicos más pobres, más días de baja por enfermedad y costos más altos.

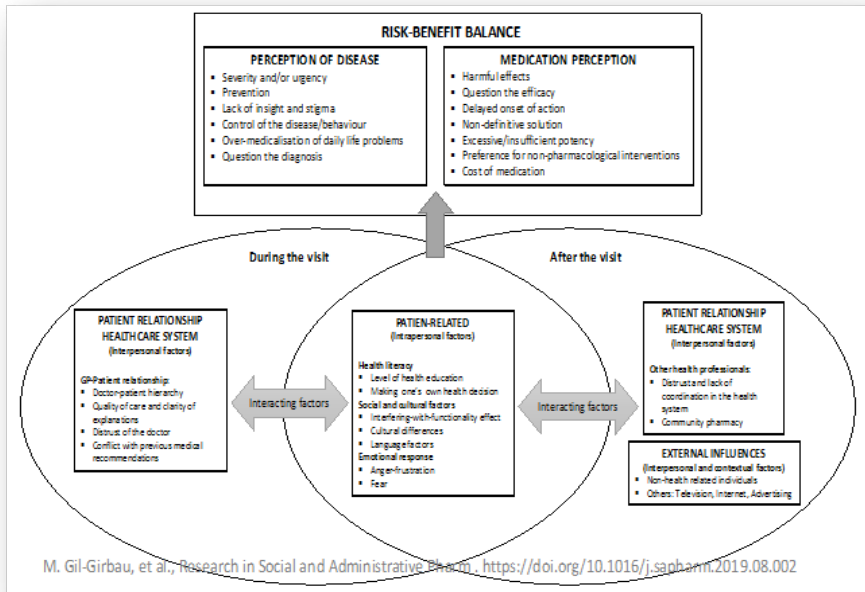


Figura 5: Factores que influyen en el NO iniciador<sup>35</sup>

Sobre las motivaciones<sup>41</sup> que podrían llevar al paciente a no iniciar un nuevo tratamiento, éstas son muy similares a las de los pacientes NA, ya que realizan una valoración riesgo-beneficio resultado de la percepción que tienen sobre la patología y el tratamiento prescrito.

Esto puede estar influido por su relación con el médico, la connotación emocional y/o las relaciones externas (Figura 5).

Recientemente un estudio exploratorio, cualitativo explicativo, llevado a cabo con pacientes con perfiles distintos (trastornos agudos, crónicos sintomáticos y asintomáticos y mentales) a los que se les realizó entrevistas semiestructuradas individuales con un método de análisis comparativo constante, reflejó resultados de no iniciación similares para todos los grupos terapéuticos<sup>42</sup>.

La iniciación es un fenómeno poco estudiado por lo que no están actualmente muy definidas las estrategias de actuación. Pero parece que puede ser especialmente importante en patologías específicas y, sobre todo, en pacientes polimedcados y crónicos<sup>42</sup>.

## 2. Detección del paciente NO adherente

### 2.1 Perfiles de pacientes NO adherentes

Muchos factores han sido estudiados para predecir la adherencia, sin embargo, las intervenciones diseñadas no han sido efectivas<sup>43</sup>. Y es que la adherencia es un problema complejo, en el que además de los factores que hemos visto, influye el perfil del paciente, que le hace tomar una determinada actitud frente al tratamiento prescrito. Por este motivo, desde hace tiempo se han venido haciendo otras aproximacio-

nes cognitivas y no cuantitativas de la adherencia que han ido clasificando a los pacientes según diversas tipologías (Tabla 2).

Todas las clasificaciones tratan de relacionar factores psicológicos del paciente con su capacidad de autogestión de la enfermedad, según diferentes modelos psicológicos.

De hecho, hay autores que apuestan por la teoría de que el paciente realiza un balance entre sus creencias positivas acerca de la medicación (necesidad de tomarla) y las creencias negativas de esta (preocupaciones por su toma), y el resultado de dicho balance tiene mucho más poder predictivo sobre su comportamiento que los factores socio-demográficos o clínicos.<sup>44,45</sup>

Estudios	Clasificación de pacientes
Koocher et al 1990	Conocimientos inadecuados/Resistencia psicosocial/Educados no adherentes
Lask et al 1994	Rehusadores/Indecisos/ Denegadores
Pound et al 2005	Aceptadores pasivos/Aceptadores activos/Modificadores activos/Rechazadores pasivos/Rechazadores activos
Bader et al 2006	Adherentes tradicionales/Adherente/No adherentes tradicionales/No adherente
Aikens et al 2005 Mann et al 2009	Ambivalentes/Indiferentes/Aceptadores/Escépticos
Encuesta de adherencia terapéutica en España 2016	Clásicos/Responsables(modélicos)/Dependientes/Críticos/Inconscientes(abso lutos)
Guía ADH +	Clásicos/Modélicos/Confundidos/Desconfiados/Que banalizan

Tabla 2: Clasificación de pacientes en relación a su adherencia

De entre los modelos psicológicos cabe destacar el modelo del autocontrol de **Leventhal**<sup>44</sup>. El análisis de Leventhal (1992) se centra en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona: en ellas quedan recogidos los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración previstas, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella, etc. Estos factores integran un modelo mental que es capaz de predecir comportamientos de salud, como la adherencia terapéutica. De hecho, esta teoría ha sentado las bases para que, en 1999, **Horne y Weinman**<sup>45</sup> desarrollaran su “*Marco de la Necesidad- Preocupación*”,

según el cual los pacientes realizan un balance beneficio/riesgo sobre la necesidad de tomar la medicación para mantener su salud y sus preocupaciones sobre los efectos secundarios de su toma. Esta es una de las teorías más aceptadas en la actualidad en el manejo de la adherencia terapéutica. De hecho, en el metanálisis llevado a cabo por Horne et al.<sup>43</sup> demostraron que la relación entre necesidad y adherencia fue significativa en el 51,0% de los estudios que incluyeron, mientras que la preocupación lo fue en el 57,0% de los casos.

De las diferentes clasificaciones de pacientes, cabe comentar la realizada en la Guía ADHe+, 26 guía impulsada por SEFAC, en la que después de valorar rigurosamente toda la información al respecto, realiza una clasificación de 5 tipos de perfiles:

- Pacientes adherentes: Clásicos y Modélicos
- Pacientes no adherentes: Confundidos, críticos, que banalizan

Perfil Paciente	Características Generales	Estrategia Adecuada	RECOMENDACIONES			Apoyo social y familiar
			Técnicas	Conductuales	Educativas al personal sanitario	
CONFUNDIDO 10.3% Suelen ser >65	Desorientados sus mtos, normalmente polimedicados.	Es necesario crear mecanismos para el seguimiento y control de los tratamientos y cuidados de salud.	Dosis simples Menos frecuencia Formas retardadas APP, alarmas recuerdo horarios SFT	SPD Recuerdo horarios Recuerdo pauta TOD Seguimiento presencial o telefónico	Cursos a sanitarios Tratar riesgo/beneficio Ajuste dosis Revisar relación prof/paciente	Ayuda domiciliar Terapia familiar Grupos de apoyo.
CRITICO 8.6% Suelen ser Adultos-jóvenes	Son exigentes. No satisfechos con la atención médica y mtos Quieren gestionar su proceso	Es necesario mejorar la percepción de los profesionales de salud y de los medicamentos		SPD Recuerdo horarios Recuerdo pauta TOD		Ayuda domiciliar Terapia familiar Grupos de apoyo
QUE BANALIZA 11.5% Suelen ser <45 Formación media alta Solo 1 enf	Banalizan su problema de salud Son inconstantes Modifican las recomendaciones	Requieren formación sobre los riesgos de la enfermedad y la eficacia del tratamiento		SPD Recuerdo pauta TOD	Cursos a sanitarios Tratar riesgo/beneficio Dar información Ajuste dosis Revisar relación prof sanitario/paciente	

Tabla 3: Perfiles de pacientes no adherentes (Guía ADHe+), características y recomendaciones:

Estos perfiles pueden ser detectados POR EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO durante la dispensación, según protocolo de la Guía ADHe+, teniendo en cuenta la actitud frente a sus medicamentos, lo

que nos permite poder abordar al paciente de una forma más adecuada/personalizada para mejorar su adherencia (*Tabla 3*). Dicha actitud depende de múltiples factores, tal y como hemos visto, y no facilitan muchas veces la labor.

El paciente que, debido a sus dificultades para adherirse al medicamento, necesitara una intervención más profunda, se le ofrecería el **SERVICIO PROFESIONAL FARMACÉUTICO DE LA ADHERENCIA**, a través del cual se intentaría identificar mejor las causas de la no adherencia y se intervendría proponiendo soluciones, en relación tanto a los medicamentos y productos que toma para su salud, como a los hábitos higiénico dietéticos y estilos de vida, coordinándose con el resto de profesionales sanitarios, si fuese necesario, para conseguir los resultados esperados en su salud.

Podemos prever las actitudes del paciente frente al medicamento si conocemos sus razones para no tomar su medicación. En este caso, es el farmacéutico dispensador quien debe preguntar al paciente ante un rechazo. Existe un amplio repertorio de posibles respuestas, determinadas por los múltiples factores que ya hemos comentado y que pueden estar relacionados con el propio paciente, la terapia, la enfermedad, el sistema sanitario, o bien con otros factores socio-económicos<sup>26,46,47</sup> y que según la bibliografía<sup>48</sup> se pueden tipificar en las que aparecen en la *Tabla 4*.

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

*Tabla 4: Puntos de vista del paciente/actitud subyacente*

La prevalencia de estas opiniones /actitudes las tenemos reflejadas en la *Tabla 5*. Una actitud negativa o la falta de motivación para comprometerse con el seguimiento de los tratamientos, así como con el buen control de la patología, representan barreras importantes para la adherencia.



Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

Tabla 5: La prevalencia de esas opiniones/actitudes ante la enfermedad y los tratamientos

## 2.2. Métodos para medir la adherencia<sup>49</sup>

No siempre es fácil saber si el paciente está tomando la medicación correctamente, y tampoco existe un método ideal, por lo que se recomienda combinar varios métodos, para obtener información con la mayor exactitud posible, y siempre tenemos que tener en cuenta que cuando hay fracaso terapéutico es necesario evaluar la falta de adherencia al tratamiento.

A la hora de seleccionar un método, hay que tener en cuenta el objetivo que buscamos. Si queremos medir la adherencia longitudinal, es necesario disponer de métodos de medida que nos calculen la adherencia en un intervalo de tiempo amplio (por ejemplo, los registros de dispensación de farmacia y los dispositivos electrónicos tipo MEMS). Si queremos una medida puntual de adherencia (por ejemplo, lo que ha ocurrido el mes previo, como puede ser en un inicio o cambio de tratamiento), nos será de mayor utilidad un cuestionario. Si, por el contrario, queremos conocer características de la no adherencia, necesitaremos

MÉTODO	DEFINICIÓN	FORTALEZA	LIMITACIÓN
Directos			
Métodos biológicos	Los niveles de medicación se miden a través de monitorización de concentraciones plasmáticas	Método estándar	Caro Método invasivo Síndrome de la bata blanca
Recogida de datos clínicos y analíticos por observación directa	La medicación es controlada por los profesionales que la han administrado (inyectables y pacientes hospitalizados)	Método estándar Se conoce exactamente la dosis y el tiempo en que fue administrado.	Caro Necesita validación externa Conflictos éticos
Indirectos			
Diario	El paciente anota en un diario, la medicación que va tomando	Económico Se puede aprovechar para profundizar con el paciente cuando se detecta la mala adherencia	Necesaria validación externa. Sesgos del paciente.
Recuento de comprimidos	Se cuentan los comprimidos que quedan en el envase.	Económico. Método estándar.	Sesgos del profesional. Sesgos del paciente.
Dispositivos electrónicos (MEMSA)	Tarro pildorero con dispositivo electrónico que contabiliza las pastillas.	Método estándar. Patrones de adherencia en el tiempo.	Caro. No aplicable a otras formas farmacéuticas Sesgos del paciente. Posibles fallos tecnológicos.
Registro de dispensación con bases de datos.	Bases de datos de farmacias, hospitales, centros de atención primaria, urgencias.	Mide nº de unidades omitidas. Mejor que los cuestionarios.	Sesgos de información (sobrante, suspensión de tratamiento, no lo toma realmente)
Cuestionarios*	Mediante cuestionarios auto o hetero reportados.	Bajo coste. Fácil de implementar. Aportan los motivos.	Muchos cuestionarios con baja fiabilidad. Sesgos de memoria y de respuesta.

Tabla 6. Clasificación de métodos de medida de la adherencia terapéutica<sup>26, 49</sup>

cuestionarios con preguntas cualitativas, que evalúen el tipo de olvido, la tolerancia, los olvidos puntuales o número de días sin tomar la medicación, etc.

Los **métodos** para la valoración de la adherencia se han clasificado tradicionalmente como **directos e indirectos**.

En cuanto a los **métodos directos biológicos**, se trata de métodos precisos, pero de un elevado coste, por lo que se emplean principalmente para el control de medicamentos con un rango terapéutico estrecho o en algunos ensayos clínicos muy controlados.

De entre los **métodos indirectos**, los cuestionarios para medir la adherencia son el método más comúnmente empleado, ya que resultan sencillos, requieren pocos recursos, son asequibles y son adaptables a las características de cada paciente/centro. En una revisión reciente<sup>9</sup>, se encontraron hasta 43 escalas validadas de adherencia autorreferida. Estas escalas pueden medir:

- Comportamientos relacionados con la toma de medicamentos, como las dosis olvidadas o la frecuencia de recogida de medicación.
- Barreras a la adherencia, como la tendencia a olvidar, razones específicas de la enfermedad, complejidad del régimen o efectos secundarios de los medicamentos.
- Creencias asociadas con la adherencia, como las preocupaciones personales sobre la seguridad de la medicación o la necesidad de seguir el régimen prescrito.

Los cuestionarios más utilizados son:

- **Test de Batalla**: hace referencia fundamentalmente a los conceptos que el paciente tiene acerca de su enfermedad. Las preguntas son las siguientes:

*... si es una enfermedad para toda la vida*

*... si se corrige con dieta y tratamiento farmacológico y*

*... si sabe cómo le afecta*



- **Test de Morisky-Green** (*4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)*): es uno de los que más se utilizan, hace referencia a la toma de tratamiento farmacológico, y las preguntas son las siguientes:

- *¿Olvido alguna vez tomar los medicamentos?*
- *¿Los tomo a las horas indicadas?*
- *¿Dejo de hacerlo cuando me encuentro bien?*
- *¿Dejo de hacerlo porque aparecen efectos secundarios?*

Para considerar al paciente adherente, las respuestas a las 4 preguntas tienen que ser correctas, es decir: no, si ,no ,no.

- **Test Haines Sackett**: es un test de autocumplimiento. Es el más sencillo para utilizar en Atención Primaria, y el más empleado. Nos permite, con una pregunta abierta, obtener información. Le planteamos al paciente:

*“hay pacientes que tienen problemas para seguir el tratamiento en tomar los comprimidos  
...¿tiene alguna dificultad en hacerlo ??”*

y de esta forma, nos permite indagar sobre las consecuencias sobre las causas que les hacen no seguir las recomendaciones que les hemos puesto

- La herramienta más utilizada actualmente para evaluar las creencias del paciente acerca de su medicación es el cuestionario **BMQ de Horne y Weinman**<sup>45</sup> (*the Beliefs about Medicines Questionnaire*): Consta de dos cuestionarios, el **BMQ-General** (sobre las creencias del paciente respecto a la medicación en general), y el **BMQ-Específico** (sobre las creencias del paciente acerca de la medicación prescrita por su médico). Las extensiones de estos cuestionarios los hacen inviables para su uso en la farmacia comunitaria, en el contexto de una dispen-

sación habitual.

Las recomendaciones de la **International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC)**<sup>6</sup> aconsejan los cuestionarios y los registros de dispensación de farmacia de forma rutinaria, y no así las concentraciones de fármaco, el recuento de medicamento sobrante y los ME. No obstante, un estudio piloto de detección de adherencia en farmacia comunitaria<sup>50</sup>, siguiendo el protocolo de la guía ADHe+26, en el que se profundizaba en esas prescripciones no recogidas, se detectó que el sistema de registros de dispensación su pravalora cuantitativamente la no adherencia, ya que del 47% que no recoge el paciente y que sistema contabiliza como no adherente, existe un 57% de no recogidas por otras razones no relacionadas con la adherencia, como son no recogidas de medicamentos que son “a demanda” en un 39% (dolor, antialérgicos) o medicamentos con una última prescripción oral o escrita no actualizada, como reducción de dosis o anulación de tratamiento.

Por lo que la dispensación es una oportunidad de detección de no adherentes mediante una pequeña entrevista y así conocer la verdadera magnitud. A su vez, la guía ADHe+ aconseja abordar al paciente en la medicación que recoge, para saber si es adherente mediante el test de Haynes, y, se detectaron 13% pacientes no adherentes que recogen medicación y el sistema los contabiliza como adherentes.



## Parte 2

# ROL DEL FARMACEUTICO COMUNITARIO EN LA MEJORA DE LA ADHERENCIA

### 1. Evolución del farmacéutico comunitario

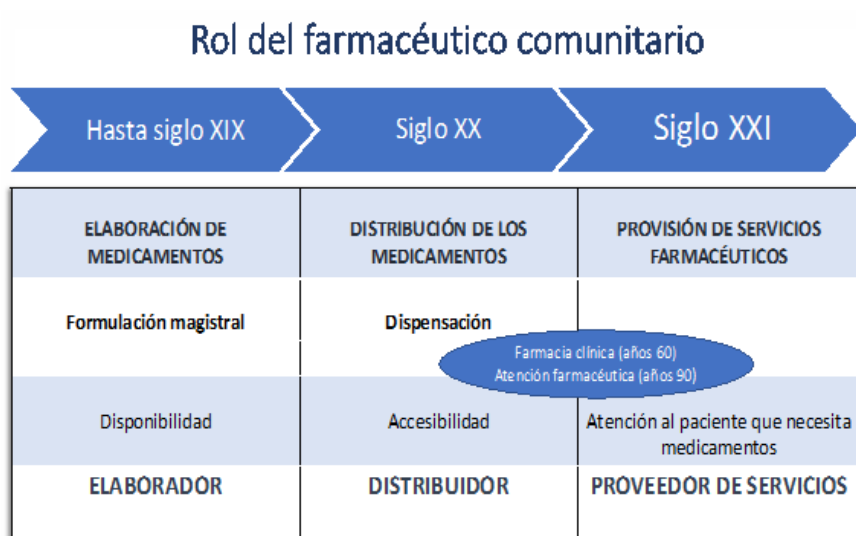


Figura 6. Evolución del rol del farmacéutico comunitario

El rol del farmacéutico comunitario ha ido cambiando a lo largo de los años, pasando de mero elaborador a dispensador, hasta llegar a la figura de proveedor de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF), tal y como lo entendemos hoy en día.

Las transformaciones han sido fruto de la adaptación del farmacéutico a las necesidades asistenciales de la sociedad. Necesidades que han ido creciendo, sobre todo, en paralelo al aumento de la cronicidad de las enfermedades y el envejecimiento de la población.

La legislación española, *ley 29/2006 de 27 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*, considera que la farmacia es un establecimiento privado de interés público, sujeto a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con la *ley 16/1997 de regulación de los servicios de oficinas de farmacia*, estas deben prestar a la población una serie de servicios (reflejados en la *Tabla 7*), orientados tanto al medicamento como al paciente.

## Servicios de LA FARMACIAS COMUNITARIAS

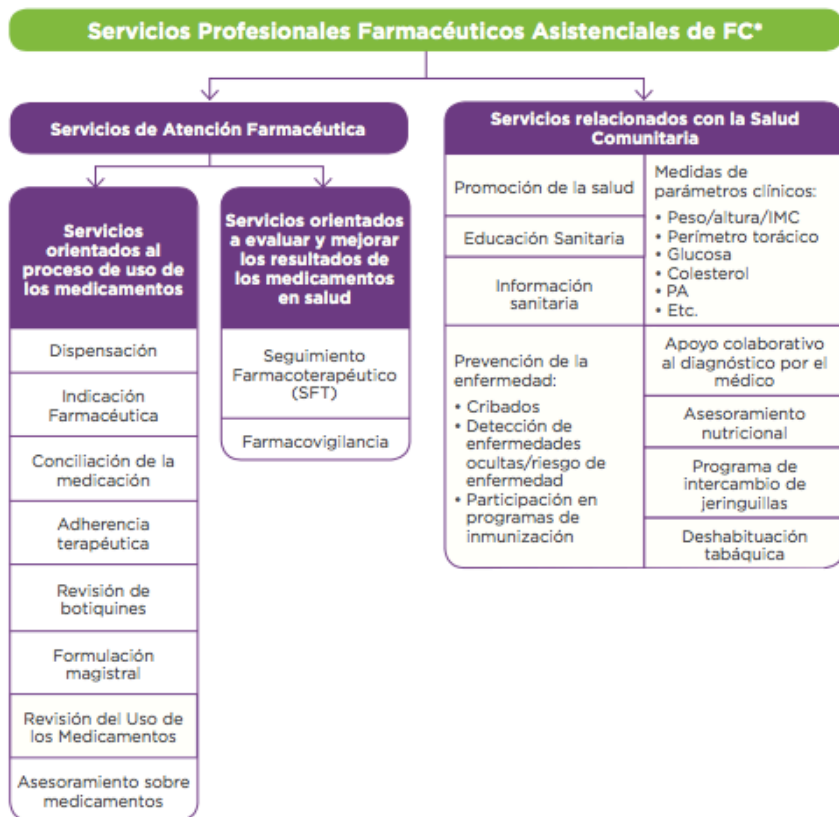
*Ley 16/1997, de 25 abril, de Regulación de los servicios de Oficinas de Farmacia*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADQUISICIÓN</li> <li>• CUSTODIA</li> <li>• ALMACENAMIENTO</li> </ul> De materias primas Especialidades farmacéuticas Y productos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DISPENSACIÓN</li> <li>• FORMULACIÓN</li> </ul> MAGISTRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONSULTA FARMACÉUTICA</li> <li>• FORMACION EN USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO</li> </ul>
<b>Actividades orientadas al MEDICAMENTO</b>	<b>Actividades orientadas al PACIENTE</b>		

*Tabla 7: Servicios básicos según ley 16/1997*

La trascendencia del envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas, ha hecho que los farmacéuticos de todo el mundo evolucionen, como hemos comentado, hacia una farmacia más asistencial, con la prestación de nuevos servicios profesionales farmacéuticos.

En este sentido y según la definición de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria española, los SPF asistenciales son aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico, quien emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora de la salud de la población.



\*Esta clasificación no excluye otros servicios que pueden ser contemplados.

Figura 7: Clasificación de los SPF asistenciales de la farmacia comunitaria consensuados en Foro AF-FC 2016 <sup>51</sup>

El nuevo marco de atención para las enfermedades crónicas sustenta modelos integrados, en los que la adherencia debe trabajarse desde la multidisciplinaridad para llevar a cabo un plan de acción co-

mún. La detección y prevención de la falta de adherencia terapéutica es una actividad que todos los profesionales sanitarios deben incluir en sus rutinas de trabajo<sup>52</sup>.

El farmacéutico comunitario 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 entrevista en la dispensación de medicamentos, la educación y el asesoramiento de los pacientes y sus cuidadores, tanto en relación a su enfermedades, tratamientos, incluyendo la ayuda necesaria para realizar los tan costosos, cambios de hábitos de vida, el suministro de sistemas personalizados de dosificación, generación de recordatorios para que tomen los medicamentos y vuelvan a renovar las recetas, la revisión del uso de los medicamentos para identificar y resolver las dificultades con el uso de los medicamentos, el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes para la detección de problemas relacionados con los medicamentos, causa de muchos abandonos de la medicación.

En este sentido, el acto de dispensación de la medicación es un momento especialmente adecuado para detectar necesidades en el paciente y, en su caso, ofrecer y desarrollar servicios profesionales farmacéuticos específicos, como es el *Servicio de Adherencia*.

Foro AF-FC define el **Servicio de Adherencia Terapéutica** como el SPFA en el que el farmacéutico, ante las potenciales dificultades que pueda presentar un paciente en el uso de su terapia, identifica las causas, y mediante su intervención, en su caso en coordinación con otros agentes sanitarios, colabora con el paciente para que siga las recomendaciones sobre el adecuado proceso de uso de los medicamentos y productos de salud, con los hábitos higiénico-dietéticos y/o con el estilo de vida, para conseguir los resultados esperados de su tratamiento<sup>53</sup>.

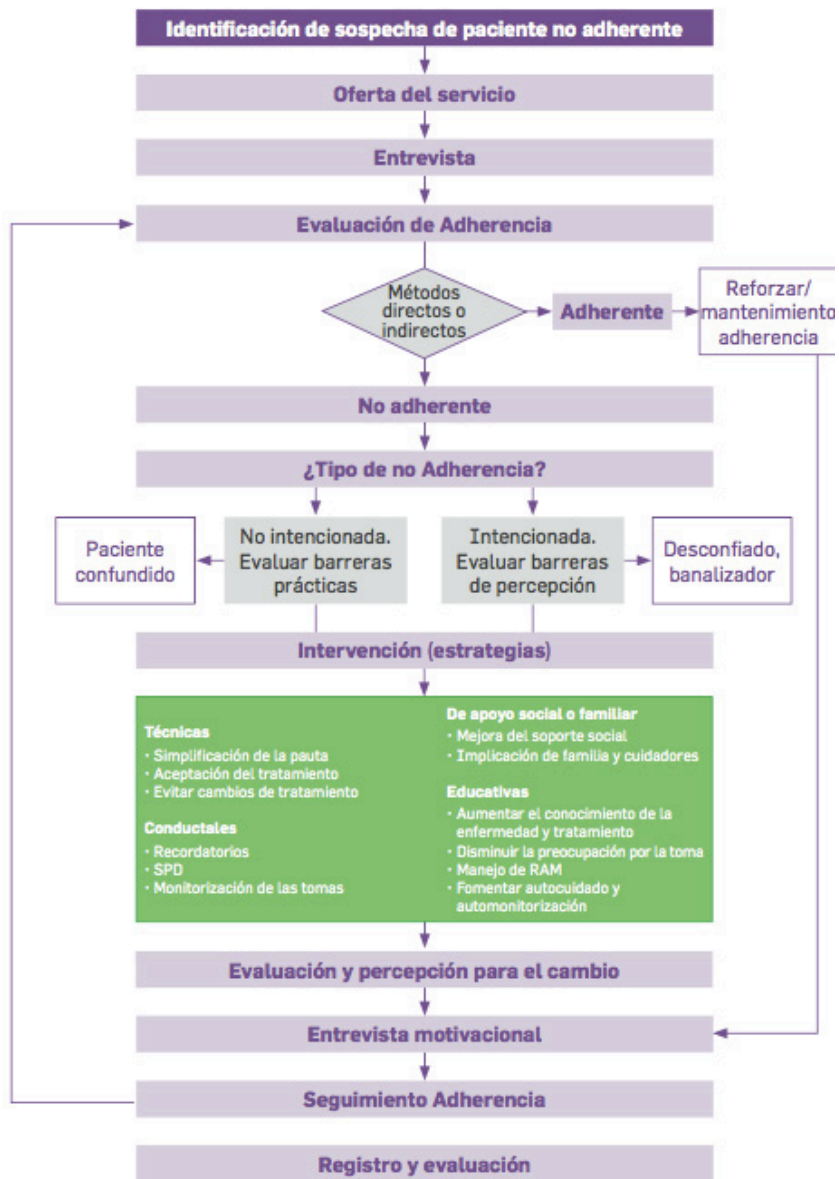


Figura 8: El protocolo de actuación desde la FC, elaborado por Foro AF-FC53



El diagrama de flujo, como vemos, empieza por la identificación de la sospecha de la no adherencia, su evaluación, clasificación del perfil y finalmente llevar a cabo, si lo requiere, una intervención, y/o un seguimiento de la adherencia.

La clasificación según perfiles puede ser realizada POR EL FARMACÉUTICO COMUNITARIO, durante la dispensación, según protocolo guía ADHe+26, como ya hemos comentado en el punto 2.1 de la primera parte.

Ej el perfil de paciente confundido suele decir frases como: -se me olvida, no se utilizarlo-, en ellos la mejora de la adherencia pasa por Medidas Técnicas (reducción pauta, cambio forma farmacéutica) conductuales (como SPD), información del uso del medicamento y, a veces, recomendar más apoyo familiar.

Tenemos que tener en cuenta que el tipo de ayuda que puede requerir un paciente no adherente en concreto, dependerá de factores relacionados con su actitud. Por esta razón, según el perfil del paciente, podemos elegir estrategias personalizadas específicas que pueden llevarse a cabo. Podemos intervenir directamente o derivando a otros servicios, siempre sin olvidar que el abordaje de la adherencia no es fácil y que muchas veces requiere también de la coordinación con los otros agentes de salud que giran en torno al paciente, incluso familiares.

De todas las herramientas utilizadas den farmacia comunitaria para abordar la adherencia, vamos a explicar más detalladamente algunas de ellas, su implantación y desarrollo.

**SPD<sup>54</sup>:** Un SPD es un Sistema Personalizado de Dosificación que administra la medicación y ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento. Son elaborados por farmacéuticos en las farmacias comunitarias, siguiendo una serie de procedimientos estrictos de trabajo para que la seguridad quede garantizada.

El Servicio contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, y a un uso de los medicamentos más seguro y eficiente por parte del paciente, contribuyendo a prevenir y resolver problemas relacionados con la medicación, asegurando su correcta utilización, y garantizando el correcto reacondicionamiento de los medicamentos en un dispositivo multicompartimental de un solo uso, que asegura la

máxima calidad y seguridad.

En el artículo 86.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, queda claro que, la elaboración de SPD es un acto postdispensación y supone un servicio que el farmacéutico va a desempeñar bajo su responsabilidad personal.

El Servicio profesional farmacéutico de seguimiento del tratamiento con preparación de sistemas personalizados de dosificación SPD, está a día de hoy implantado en la mayoría de las farmacias comunitarias, pero solo en algunas CCAA son prescritos y remunerados por la administración:

- **Aragón** fue la CCAA pionera en ‘reconocer’ este servicio y regular los requisitos para prestarlo—vía decreto 93/2015—El servicio está, a día de hoy, implantado en las farmacias, pero aún no está puesta en marcha su prestación.
- En **País Vasco**, dentro del plan de salud 2013-2020, se ha impulsado el servicio de SPD, habiendo un incremento de la preparación de éstos considerable<sup>55</sup>.

	Sistemas Personalizados de Dosificación						
	2013	2014	2015	2016	2017	Incremento 2017/2016	Incremento 2017/2016
Farmacias participantes	238	281	304	336	372	10,71%	30,67%
Nº SDP preparados	29.158	33.980	37.897	38.321	40.915	6,77%	40.32%

Tabla 8: Evolución del servicio de SFT con preparación de SPD en País Vasco

- **Cantabria** es la CCAA pionera en implantar y remunerar este servicio. El Ayuntamiento de Astillero, de Cantabria, a través de la Concejalía de Servicios Sociales, tienen un convenio de colaboración con el Colegio de Farmacéuticos de Cantabria que permite a los usuarios del servicio de atención domiciliaria (SAD) disponer de un sistema personalizado de dosificación (SPD). Se inició en 2015 y continúa en 2019<sup>56</sup>.
- La Diputación Provincial de **Soria**, después de los buenos re-

sultados del piloto en 2018, apuesta por la instauración de un servicio profesional de mejora de adherencia terapéutica a pacientes dependientes del ámbito rural, como es el Servicio SPD, contando con una partida en sus presupuestos<sup>57</sup>.

- El Colegio de Farmacéuticos (COF) de **Sevilla** anunció en 2018 la firma de un convenio de colaboración con el Ayuntamiento de Utrera que tiene como objetivo facilitar el acceso de los pacientes de esta localidad de la provincia de Sevilla al Sistema Personalizado de Dosificación de Medicamentos (SPD)<sup>58</sup>.

**Servicio de revisión del uso de la medicación (RUM)**<sup>59</sup>: Es una revisión estructurada por parte del farmacéutico, con el paciente, del grado de conocimiento que este tiene de sus medicamentos y del uso que hace de los mismos, ofreciendo asesoramiento sobre su correcta utilización, mejorando por consiguiente la adherencia. No es un servicio, de momento, financiado en España

**Seguimiento farmacoterapéutico (SFT)**<sup>60</sup>: Foro de Atención Farmacéutica define este servicio como “el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”. Este servicio está implantado en algunas farmacias, pero no financiado por SNS u otras entidades aseguradoras sanitarias.

En cuanto a SPF, orientados a mejorar la adherencia a los hábitos de vida saludables:

- Servicio de **Deshabitación tabáquica**. El servicio de cesación tabáquica es el servicio profesional realizado, en la farmacia comunitaria, por un farmacéutico capacitado, encaminado a concienciar, apoyar y acompañar al fumador en el abandono del consumo de tabaco. Este servicio no está actualmente financiado en España por el SNS u otras entidades

aseguradoras sanitarias. Existe un programa de capacitación para realizar este Servicio CESAR, promovido por SEFAC<sup>61</sup>.

- Servicio de **Nutrición**. El Servicio de Nutrición es un servicio implantado en farmacias comunitarias, con el que se puede ayudar al paciente a los cambios de hábitos dietéticos necesarios para una prevenir o mejorar la enfermedad. Es necesario la existencia de una persona formada en grado de nutrición en la farmacia. En algunas CCAA, solo puede ser el titular.
- Servicio de **Educación/Información Sanitaria**<sup>62,63</sup>. El farmacéutico, como profesional sanitario de máxima accesibilidad para el ciudadano, desempeña un papel clave en la información a la población sobre medicamentos y temas relacionados con la salud.

Entre los objetivos de este Servicio está el proporcionar información científica y contrastada sobre medicamentos y temas de salud, de manera comprensiva, precisa y adaptada a las necesidades de cada individuo, con el fin de mejorar conductas y hábitos, que puedan mantener o mejorar el estado de salud de los pacientes.

Para un adecuado abordaje de la adherencia, es importante que todos los profesionales sanitarios conozcan realmente el significado de la misma y se impliquen en la mejora de ella. Una encuesta realizada por el *Observatorio de la Adherencia Terapéutica (OAT)*, a 21.968 farmacéuticos comunitarios, reflejó que el 88,2% de los farmacéuticos considera que tiene claro el concepto de adherencia; el 50,2% realizan un seguimiento de la adherencia con sus pacientes; y, con respecto a los crónicos, un 65% de los farmacéuticos encuestados afirmó realizarles Atención Farmacéutica a estos pacientes<sup>32</sup>.

Comprobar que el paciente está retirando la medicación, de acuerdo con la prescripción realizada por su médico, es el primer paso durante la dispensación para la detección de una falta de adherencia. Ante la sospecha una no adherencia a un medicamento, la encuesta reflejaba que el 85,3% de los farmacéuticos encuestados, respondieron que sí que preguntan directamente al paciente si se toma la medicación, intentando corroborar dicha duda.

## Programas iniciados en España para mejorar la Adherencia

Destacamos a continuación los proyectos de adherencia nacionales que han sido premiados por el *Observatorio de la Adherencia Terapéutica (OAT)* en su II Edición 2018<sup>64</sup>,

**AdherenciaMED** es un proyecto de investigación en fases, en el que se desarrolla y evalúa un Servicio Profesional Farmacéutico asistencial enfocado a la mejora, mantenimiento y refuerzo de la adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento farmacológico para la hipertensión, asma, o enfermedad pulmonar obstructiva.

La primera fase (octubre 2017-abril 2018) tenía como objetivo diseñar y evaluar el impacto clínico, económico y humanístico de un Servicio de Adherencia, en comparación con la atención habitual, cuyos resultados mostraron que el servicio es coste –efectivo, pudiendo dar un beneficio de 500€ por euro invertido y un aumento de la adherencia en un 22,8% en seis meses.

La segunda fase (mayo-octubre 2018) tuvo como objetivo desarrollar y evaluar un programa de implantación del Servicio de Adherencia diseñado, cuyo resultado fue que el 75% de las farmacias lograron la implantación a los 6 meses.

El promotor del estudio es el CGCOF junto con el *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*, y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y la colaboración de la Fundación *Pharmaceutical Care*, la *Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)* y el *Laboratorio Cinfa*.

**SPD-Valor.** Ha resultado ganador sobre todo por los resultados obtenidos en salud. Su objetivo es evaluar la efectividad clínica y el impacto sobre el control de la presión arterial de la indicación y preparación del servicio de un sistema personalizado de dosificación (SPD) en farmacia comunitaria, en comparación con la dispensación estándar en pacientes hipertensos polimedicados mayores de 55 años, en tra-

tamiento por HTA, que no alcanzan cifras objetivo de presión arterial y con baja adherencia al tratamiento farmacológico.

Los resultados mostraron una reducción tanto para la presión arterial sistólica (PAS) como para la presión arterial diastólica (PAD) en el grupo SPD.

Se trata de un estudio impulsado por SEFAC, en colaboración con *Mylan*.

**Proyecto conSIGUE:** Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de SFT en la Farmacia Comunitaria. Su Objetivo principal es evaluar la eficacia, implantación y efectividad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes mayores, crónicas y polimedicados, en las farmacias comunitarias.

Programa en varias fases que se inició en 2009 y cuya tercera fase finalizó el año 2018. Sus resultados demuestran que la prestación del Servicio de SFT desde las farmacias comunitarias es altamente coste-efectiva, tanto para el paciente (en términos de salud), como para el sistema sanitario (en términos de ahorro económico).

Es una iniciativa del *Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*, con la colaboración científica de la *Universidad de Granada* junto con la *Universidad Tecnológica de Sídney* y la colaboración de *laboratorios Cinfa*.

**ANM (Asistencia en Nuevos Medicamentos):** es un servicio que se ofrece desde la farmacia comunitaria, cuyo objetivo fundamental es la asistencia integral al paciente en el proceso de uso de un nuevo medicamento con el fin de mejorar la adherencia y optimizar la farmacoterapia.

Para llevar a cabo el servicio, el farmacéutico realizará dos entrevistas basadas en *healthcoaching* al paciente: el servicio proporcionará herramientas personalizadas para cada paciente, cada medicamento y el posible problema de salud detectado a través de una aplicación informática. Este nuevo servicio de la farmacia se orienta a patologías

como Asma y EPOC, hipertensión, pacientes anti agregados y anti coagulados, y diabéticos.

Se llevó a cabo un pilotaje en 2017, y en 2018 se diseñó el proyecto definitivo con la colaboración de la *Escuela Andaluza de Salud Pública*. Impulsado por El *Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF)*.

**PCAF (en Cataluña):** Programa de Atención Farmacéutica en Pacientes complejos.

Su objetivo es evaluar la efectividad de una intervención protocolizada de AF y SFT con uso de SPD, en la mejora de la adherencia en pacientes frágiles polimedicados.

Se trata de un proyecto de intervención multidisciplinar en gestión de pacientes crónicos complejos, en el que han participado equipos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios.

Los resultados obtenidos parecen alentadores, y el hecho de que suponga un ahorro económico justificaría que se incorpore en la cartera de servicios concertados, con una retribución.

Impulsado por *Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya*.

**Proyecto piloto del Departamento de Salud de Euskadi:** Su objetivo es mejorar el uso de los medicamentos y los resultados en salud de los pacientes crónicos y polimedicados mediante una atención farmacoterapéutica integral.

Se desarrolla a través de un convenio de colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

A través de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación) busca potenciar el papel asistencial de las farmacias comunitarias como establecimientos sanitarios, así como fortalecer los canales de comunicación entre los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

Por otro lado, el proyecto mide el impacto en el consumo de recursos sanitarios, y detecta incidencias relacionadas con los medicamentos y con la adherencia al tratamiento.

Ha obtenido el *Premio OAT 2018* de todas las categorías, al mejor proyecto para la mejora de la adherencia.

Si abrimos una ventana al resto de países podemos ver cómo la implantación de los servicios de ayuda a la adherencia está mucho más desarrollados, estando en la mayoría de casos también financiados, a menudo en base al pago por servicios prestados. La financiación de los servicios farmacéuticos para promover la adherencia es proporcionada, la mayoría de veces, por los gobiernos, a menudo con cargo a un presupuesto general de salud. 2017.<sup>65-69</sup>

**NMS (New Medicine Service):** Es el servicio estrella, y sirve para la mejora de la dispensación de nuevos medicamentos en enfermedades crónicas. Consta de una entrevista en la 1ª dispensación y otra a las 3-4 semanas, que puede ser telefónica.

El objetivo es dar información sobre la enfermedad y el medicamento, detectar PRM, revisar efectos adversos y promover la adherencia.

Está implantado en varios países: en Inglaterra desde 2011 (dirigido a pacientes con asma, EPOC, diabetes, hipertensión o que toman medicación anti plaquetaria/anticoagulante); más tarde fue implantado en Noruega (2017), en Irlanda (2017), y en Dinamarca (desde 2016 y además es obligatorio ofrecerlo en la farmacia.

Una evaluación formal de coste-efectividad en Inglaterra 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”<sup>67</sup>.



***MedsCheck y Diabetes MedsCheck:*** en Australia (Servicio dentro de las medidas específicas para la prestación de servicios de adherencia, en vigor desde 2017).

Son Servicios de farmacia clínica colaborativa, donde se realiza una entrevista personal con revisión de medicación y una visita de seguimiento. Se puede proponer SPD.

**Revisión farmacoterapéutica,** implantado en Dinamarca en 2010.

**Revisión farmacoterapéutica en domicilio:** implantado en Australia (Servicio dentro de las medidas específicas para la prestación de servicios de adherencia, en vigor en 2017).

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.

Disponible para los pacientes que viven en un entorno comunitario, que están en riesgo creciente de experimentar problemas relacionados con la medicación,

**Servicio de control de la poli medicación,** en Suiza (desde 2010).

Abarca revisión de la medicación, interacción con alimentos, y problemas de adherencia.

**MUR:** Servicio de la revisión del uso de la medicación.

Implantado en Inglaterra desde 2005, y en Italia en 2015<sup>68</sup>.

**SISCare** (programa internacional de enfermedades crónicas), Suiza (2011).

Es un servicio para mejorar la seguridad y eficiencia de los regímenes de medicamentos. Implica entrevistas motivacionales, monitoreo de la adherencia y gestión de riesgos. Solo para ciertas enfermedades: VIH, esclerosis múltiple, diabetes *mellitus* tipo2, enfermos con cáncer que con tratamientos orales contra y en el síndrome metabólico.

**El Servicio de SPD** está implantado en Dinamarca, lo paga el paciente y se le reembolsa. En Australia desde 2017.

En Suiza está implantado, desde 2004, para más de 3 medicamentos y también está financiado, pudiéndolo recomendar el farmacéutico. En este país tienen además el **servicio de pastillero electrónico para polimedicados**: se trata de un servicio nuevo, con un novedoso dispositivo electrónico de suministro de medicamentos, diseñado para ayudar a los pacientes mayores polimedicados, y sobre todo en opiáceos y VIH y trastornos psiquiátricos.

**Servicio de evaluación de la técnica de inhalación**, implantado en Dinamarca (desde 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.

**Dispensación escalonada** en Australia: es un Servicio dentro de las medidas específicas para la prestación de servicios de adherencia, en vigor en 2017.

Es un Servicio utilizado mayoritariamente para la realización de deshabitaciones.

**Dispensación continua**: también en Australia, es otro Servicio dentro de las medidas específicas para la prestación de servicios de adherencia, en vigor en 2017. Servicio para cuando hay una necesidad

inmediata de ese medicamento y no es práctico obtener una receta (urgencias). El prescriptor debe estar de acuerdo.

**Iniciativa en curso de “farmacéutico de familia”:** en Bélgica, desde 2017, los farmacéuticos supervisan los medicamentos utilizados por los pacientes con enfermedades crónicas y ofrecen asesoramiento sobre su uso correcto, con registros sistemáticos de la medicación.

**Demostrar impacto de farmacogenómica (PGx):** En los Países Bajos, la *Royal Dutch Pharmacists Association (KNMP)* se inició un piloto en farmacias comunitarias con el objetivo de demostrar el impacto de farmacogenómica (PGx). Se trata de pruebas realizadas por farmacéuticos comunitarios en pacientes individuales.

Tras el desarrollo de pautas basadas en evidencia, y después de haber recibido la capacitación adecuada, los farmacéuticos recolectaron e interpretaron los resultados de las pruebas de PGx, discutieron la optimización de la terapia con otros proveedores de atención médica, y aconsejaron sobre los cambios en la farmacoterapia de los pacientes. Esto condujo a intervenciones tales como ajustes de dosis y cambios de terapia<sup>69</sup>.

**“NetCare”:** En Suiza, es un servicio de atención primaria y farmacias comunitarias.

El triaje inicial tiene lugar en la farmacia por el farmacéutico, usando un árbol de decisión. Posteriormente, el paciente es tratado por el farmacéutico: tiene una consulta por video en la farmacia con un médico o lo deriva a un médico para una consulta tradicional o para cuidados intensivos. Los algoritmos del árbol de decisión son validados por los médicos, y los pacientes reciben una llamada de seguimiento tres días después del tratamiento para evaluar el servicio.

Los farmacéuticos, en el proyecto netCare, reciben capacitación específica para aprender a usar los árboles de decisión antes de proporcionar el servicio. Los resultados mostraron que el 73% de los casos fueron atendidos por el farmacéutico, el 20% por teleconsultas con mé-

dicos, y el 7% restante remitidos para cuidados agudos o una consulta personal con un médico. El servicio es reembolsado por el seguro de salud.

## 2. El farmacéutico comunitario del siglo XXI<sup>70-73</sup>

A modo de conclusión, y tras todo lo expuesto anteriormente, podemos resumir la visión del rol del farmacéutico comunitario, más allá del siglo XXI, de la siguiente manera:

**Seguiremos estando al lado del paciente.** NUESTRO compromiso seguirá siendo conseguir el uso seguro, efectivo y racional de los medicamentos, para continuar asegurando que el paciente recibe el medicamento correcto, en el momento adecuado, junto con el asesoramiento necesario.

El nuevo paradigma en el manejo de las enfermedades crónicas llevará a la **optimización de recursos, como es la integración del farmacéutico comunitario en Atención Primaria** y otros niveles asistenciales, para poder así realizar una labor verdaderamente multidisciplinar. Esta última es la clave del éxito para obtener tanto una mejora de la adherencia como de la optimización de la farmacoterapia, puesto que el aislamiento actual que refleja el sistema de salud, así como las estructuras de financiación, limitan el alcance de las intervenciones.

La trascendencia del envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas llevará a **TODAS** las farmacias, en la medida de sus posibilidades, a la **prestación de servicios profesionales farmacéuticos, reconocidos por la administración y valorados por los pacientes, incluida la atención sociosanitaria y domiciliaria, y la teleasistencia.**

Se diseñarán y desarrollarán nuevos SPF, adaptados a las necesidades de la población y a los avances tecnológicos y científicos, como son las innovaciones en farmacogenómica, herramienta para realizar evaluaciones completas de medicamentos y poder, de esta manera, recomendar los medicamentos y ajustar las dosis adecuadas, de acuerdo con las necesidades individuales del paciente, mejorando la adherencia y minimizando los efectos adversos.

Estaremos trabajando más intensamente en **farmacovigilancia**, ya que la integración de los datos del mundo real sobre farmacovigilancia, adherencia y efectividad de los medicamentos en la práctica, ayudan a mejorar la protección y el asesoramiento sobre el uso seguro de medicamentos

Así, en la agenda de futuro destaca la apuesta por una potente farmacia asistencial, por una amplia colaboración con las Administraciones sanitarias en el ámbito de la salud pública, y por una creciente atención a los servicios de promoción de vida saludable y de bienestar personal.

Para todo ello, la legislación debe apoyar y fomentar la práctica farmacéutica de acuerdo con la capacidad y conocimientos del farmacéutico, aceptando la presencia y participación del farmacéutico comunitario en estrategias del SNS, barómetros y observatorios sanitarios.

Para finalizar, debemos poner el acento en que en este gran problema de falta de adherencia estamos todos los presentes implicados: como sanitarios, como familiares o cuidadores y/o como pacientes, por lo que espero que esta lectura haya contribuido a la mejora de la misma.

# Bibliografía

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action]. Geneva: World Health Organization; 2003. (Citado agosto 2019) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.%20Pdf?sequence=1>
2. Rafii F, Fatemi N, Danielson E, Johansson C, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014; 19(2):159-67
3. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension Lancet. 1976; 1(7972):1265-8
4. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance: Achieving shared goals in medicine taking. London. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharp & Dohme.1997
5. Marks G, Gardner LI, Craw J, Crepez N. Entry and retention in medical care among HIV-diagnosed persons: a meta-analysis. AIDS 2010; 24:2665-78.
6. Amiko KR, Zuniga JM, Wilson IB, Gross R, Young B. Provider guidance for linking patients to antiretroviral therapy adherence interventions: Recommendations from an IAPAC advisory committee on adherence monitoring and support. J Int Assoc Provid AIDS Care 2013; 12:79-83
7. Cortes E. Estudio Nacional de Adherencia. Datos Nacionales y CCAA Cataluña.2018 Grupo OAT (Citado octubre 2019) disponible: <https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2019/05/Estudio-Nacional-OK.pdf>
8. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.
9. Sociología y Comunicación Plan de Adherencia al Tratamiento: Uso responsable del medicamento. MADRID: Fundación Farmaindustria; 2015.(Citado octubre 2019) Disponible: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf)
10. J.M. González-Clemente, B. Font, R. Lahoz, G. Llauradó, G. Gambús, Grupo de investigadores del Estudio INERCIA. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Estudio INERCIA. Med Clin (Barc), 2014; 142(11):478-484
11. M.C. Carratalá-Munuera, V.F. Gil-Guillen, D. Orozco-Beltrán, J. Navarro-Pérez, F. Caballero-Martínez, F. Álvarez-Guisasola, et al. Barriers associated with poor control in Spanish diabetic patients. A consensus studies. Int J Clin Pract.2013; 67:888-894

12. Estadística de defunción según causa de muerte. INE 2018. (Citado septiembre) 2019 Disponible en: [https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175).
13. National Council on Patient Information and Education. Enhancing Prescription Medicine Adherence: a National Action Plan. 2007. (Citado agosto de 2019). Disponible en: <https://bemedwise.org/docs/enhancingprescriptionmedicineadherence.pdf>
14. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp 2014; 214:336-44. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>
15. Biofarma Flash track. News letter 3: Impacto económico de la no adherencia en los costos farmacéuticos 2013. (Citado septiembre 2019) <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/2b4bd1b3f6c1cc790f69b63e4967770da8058dfe.pdf>
16. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, et al. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. BMJOpen 2018;8:e016982. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016982
17. A.J. Núñez Montenegro et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. Atención Primaria 2014;46(5): 238-245
- 18.R. Tuesca-Molina, P. Guallar-Castillón, J.R. Benegas-Benegas, A. Graciani-Pérez Regadera. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gaceta Sanitaria, 2006; 20:220-227
19. Klaus Schwab, World Economic Forum. The Global Competitiveness Report 2018 [Citado septiembre 2019]. disponible en: [http://www.cdi.org.pe/pdf/IGC/2018/The\\_Global\\_Competitiveness\\_Report\\_2018.pdf](http://www.cdi.org.pe/pdf/IGC/2018/The_Global_Competitiveness_Report_2018.pdf).
20. Esperanza de vida: Instituto Nacional de Estadística.; actualizado 2019 (Citado septiembre 2019). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1414>
21. Informes envejecimientos en red. Nº 22. marzo 2019 (citado noviembre19) Disponible: <http://envejecimiento.csc.es/documentos/documentos/enred-indicadorsbasicos2019.pdf>
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019[Citado septiembre 2019]. Disponible en: [http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion\\_E.\\_Cronicidad\\_Final.pdf](http://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf)
23. Generalitat Valenciana; Conselleria de Salut. Estrategias para la atención de pacientes crónicos de la Comunidad Valenciana. 2014 (Citado septiembre 2019). Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>
24. Farmaindustria. Plan de Adherencia al Tratamiento. Uso responsable del medicamento. 2016 (Citado: agosto de 2019). Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/farmaindustria-plan-de-adherencia.pdf)

25. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sancristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* 2009; 41:342-8.
26. Prats Más R (coordinadora), García Zaragoza E, Gil Girbau M, Murillo Fernández et al. GUIA ADH+ Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: Guía práctica para el farmacéutico comunitario. Barcelona 2017
27. Mann D, Woodard M, Muntner P, Falzon L and Kronish I. Predictors of non-adherence to statins: A systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2010; 44:1410-21. <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1P150>
28. Rudi Sola S, Fernández-Pacheco García-Valdecasas M. Factores y barreras a la adherencia. Coord: Olatz Ibarra B, Moreno Verdugo M. Lo que debes sobre la adherencia al tratamiento. Sefh 2017 ISBN: 978-84-697-7198-3
29. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther.* 2001 Aug; 23(8):1296-310
30. González-Bueno J, Vega MD, Rodríguez A, Toscano MD, Pérez C, Santos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas *Atención Primaria.* 2016;48(2):121-130 DOI [10.1016/j.aprim.2015.02.012](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.012)
31. Lumbreras B, López-Pintor E. Impact of changes in pill appearance in the adherence to angiotensin receptor blockers and in the blood pressure levels: a retrospective cohort study *BMJ Open* 2017;7: e012586. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012586
32. Palacios Guerrero LM. Ponencia: Análisis de la adherencia de la visión de la farmacia. OAT.2018. (citado octubre 2019) Disponible: [https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2018/11/03.02.Sandoz.Luis\\_Ponencia-Análisis-Visión-Farmacia-OK.pdf33](https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2018/11/03.02.Sandoz.Luis_Ponencia-Análisis-Visión-Farmacia-OK.pdf33)
33. Kardas P, Lewek P. and Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front. Pharmacol.* 2013. 4, 91. doi: 10.3389/fphar.2013.00091
34. Rolfe A, Cash Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinsty B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD004134. DOI: 10.1002/14651858.CD004134.pub3.
35. Jové AM, Fernández A, Hughes CM, Guillén-Solà, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. *J Interprof Care*, 2014; 28(4): 352–357.
36. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012; 73: 691–705
37. Rubio-Valera M. Pharmacist interventions in depressed patients [tesis doctoral] Barcelona: tesis doctorales en red; 2012. (citado en septiembre 2019). Disponible: <http://www.tdx.cat/handle/10803/95993>
38. Fischer MA, Stedman MR, Lii J, Vogeli C, Shrank WH, Brookhart MA, et al. Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 284–90.



39. Shin J, McCombs JS, Sanchez RJ, Udall M, Deminski MC, Cheetham TC. Primary nonadherence to medications in an integrated healthcare setting. *Am J Manag Care* 2012; 18: 426–34.
40. Aznar-Lou, Fernández A, Gil-GirbauM, Fajó-Pascual, Moreno-PeralP, Peñarrubia-MariaMT, et al. Initial medication non-adherence: prevalence and predictive factors in a cohort of 1.6 million primary care patients. *Br J Clin Pharmacol*. Epub 2017 Jun; 83(6):1328-1340. <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.13215>
41. Gil-GirbauM, Aznar-Loul, Peñarrubia-Maria M, Fernández A, Fajó-PascualM, Moreno-Peral P et al. El problema de la no-iniciación del tratamiento farmacológico: resultados preliminares de un estudio cualitativo. En Libro de Ponencias: VII Congreso Nacional de Farmacéuticos comunitarios (SEFAC). Zaragoza 2016. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016 May 26; 8 (Suplento 1)
42. M. Gil-Girbau, et al., *Research in Social and Administrative Pharmacy*, (Citado octubre 2019) disponible: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.08.002>
43. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *Plos One*. 2013;8(12): e80633.
44. Leventhal, H, Diefenbach M, Leventhal EA (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163
45. Horne R, Weinman J. Patient's beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*. 1999 Dec; 47(6): 555-67
46. Prats R, Botella J, Dols D, Baixauli V, Climent MT ¿Por qué los pacientes no retiran todos los medicamentos y productos sanitarios que les son prescritos por el médico? *Farmacéuticos Comunitarios*. 2019 Jun 28; 11(2):14-21 DOI: 10.5672/FC.2173-9218. (2019/Vol11).002.03
47. Baixauli VJ, Prats R, Aparicio C, Colomer V. Causas de las incidencias por no conformidad en la dispensación de la receta electrónica. *Farmacéuticos Comunitarios*. 6 (Suplemento 148)
48. Oyekan E, Nimalasuriya A, Martin J, Scott R, Dudl RJ, Green K. The B-SMART Appropriate Medication-Use Process: A Guide for Clinicians to Help Patients—Part 1: Barriers, Solutions, and Motivation. *Perm. J*. 2009;13 (1): 62-6
49. Pages-Puigdemón N, Vlaverde-Merino I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018; 59(3): 163-172
50. Prats R, García-Zaragoza E, Gil M, Murillo L, Salar L, Vergoños A. Detección de falta de adherencia mediante una entrevista de evaluación. PCNE. 6th Working Symposium of the Pharmaceutical Care Network Europe. Fuengirola 2018. *Int J Clin Pharm*. 2018;40:488. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0609-9>
51. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. 2019. Madrid: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2019.

52. Conthe P, Márquez Contreras E. Documento de Consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro; 2012. (visitado agosto2019). Disponible: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/adherencia-terapeutica-enfermedades-cronicas.pdf>
53. Servicio de Adherencia Terapéutica. Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC). Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. 2019. Madrid: Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2019.
54. Varios autores. Documento Buenas Prácticas en Farmacia comunitaria. Servicio de elaboración y provisión de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) 2018. Internet. (citado agosto 2019) Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-14-SPD.pdf>
55. Comisión Directora Plan de Salud. Plan de salud 2013-2020.Informe de evaluación 2017.2018. Gobierno Vasco. Internet. Publicado 29mayo 2018 (Citado octubre 2019) Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones/informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/informe-anual-plan-salud-2017.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones/informes_estudio/es_pub/adjuntos/informe-anual-plan-salud-2017.pdf)
56. Redacción: El COF de Cantabria renueva el convenio con Astillero para uso de medicación a domicilio. Internet. Correo Farmacéutico. Publicado 6febrero,2019. (citado septiembre 2019). Disponible: <https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/el-cof-de-cantabria-renueva-el-convenio-con-astillero-para-uso-de-medicacion-a-domicilio.html>
57. García del Río R. Otro Ayuntamiento apuesta por la farmacia comunitaria en la realización de SPD. Correo Farmacéutico. (internet)11/2018 (citado octubre 2019). Disponible: <https://www.correofarmaceutico.com/profesion/farmacia-comunitaria/otro-ayuntamiento-apuesta-por-la-farmacia-comunitaria-en-la-realizacion-de-spd.html>
58. COF de Sevilla y Ayuntamiento de Utrera facilitarán el acceso al SPD. Diariefarma (internet)12/4/2018 (citado octubre 2019).Disponible: <https://www.diariefarma.com/2018/04/12/cof-sevilla-ayuntamiento-utrer-facilitaran-acceso-al-spd>
59. Programa REVISA (Internet). Capacitación para implantar servicios de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. (citado16/8/2019). Disponible en <https://www.campussefac.org/revisa/inicio>
60. Buenas Prácticas en Farmacia comunitaria. Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Internet. (Citado septiembre 2019) Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-03-Servicio-SFT.pdf>
61. Programa CESAR [Internet]. Capacitación para implantar servicios de cesación tabáquica en la farmacia comunitaria. [Acceso 16/8/2019]. Disponible en <http://www.sefac.org/cesar/>
62. Buenas Prácticas en Farmacia comunitaria en España. Difusión de información sobre medicamentos y temas relacionados con la salud. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.2016 (Citado septiembre 2019) Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/BBPP-05-Difusion.pdf>

63. V.J. Baixauli Fernández La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica Pharmaceutical Care España 2008; 10(1): 22-31

64. II EDITION PREMIOS OAT 2018. GRUPO OAT(citado septiembre 2019).Disponible en: [https://www.oatobservatorio.com/eventos/ii-premios/?utm\\_source=webacp&utm\\_medium=bannercuadrado&utm\\_campaign=premios2018](https://www.oatobservatorio.com/eventos/ii-premios/?utm_source=webacp&utm_medium=bannercuadrado&utm_campaign=premios2018)

65. 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.(Citado septiembre 2019)Disponible: <https://www.portalfarma.com/profesionales/farmaciaiinternacional/fip/Paginas/espaciofip.aspx>

66. PGEU. Guaranteeing continued access to medicines. ANNUAL REPORT 2018 Citado octubre 2019.Disponible en: <https://pgeu-annual-report.eu>

67. Elliott RA, Tanajewski L, Gkoutouras 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.

68. Manfrin et al. A cluster randomised control trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of the Italian medicines use review (I-MUR) for asthma patients. *BMC Health Services Research*. 2017; 17:300. doi: 10.1186/s12913-017-2245-9

69. Spiiah V, Lim CX, Hotham E. Community pharmacists and their role in pharmacogenomics testing: an Australian perspective drawing on international evidence. *Aust J Prim Health*. 2018 Jan;24(6):441-447. doi: 10.1071/PY18047.

70. FIP.Sección de Farmacia Comunitaria de la FIP. Visión 2020. (Citado octubre 2018). Disponible en: octubre [https://www.fip.org/files/fip/CPS/Vision\\_2020\\_Spanish.pdf](https://www.fip.org/files/fip/CPS/Vision_2020_Spanish.pdf)

71. SEFAC. "15 retos para el presente y futuro de la farmacia comunitaria". Edditec. 2016. ISBN: 978-84-939832-9-1 (Citado octubre 2019) Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos\\_sefac/documentos/15retos.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/15retos.pdf)

72. PGEU GPUE. PHARMACY 2030. A VISION FOR COMMUNITY PHARMACY IN EUROPA. (citado octubre 2019) Disponible en: <https://www.pgeu.eu/pharmacy-2030/>

73. Diariefarma. Informe Farmacia Asistencial. CGCOF (internet )(Citado septiembre 2019) Disponible en: <https://www.pharmaceutical-care.org/archivos/3061/Informe%20Farmacia%20Asistencial%20Diariefarma.pdf>



**Colegio Oficial  
de Farmacéuticos  
de la Provincia  
de Alicante**

**MICOF**

MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA

**ICOF  
CS**



**IL·LUSTRE  
Col·legi Oficial  
de FARMACÈUTICS  
de CASTELLÓ**