



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ANCIANOS. IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO Y SU ABORDAJE DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA.

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2024

Autor: Marta Serrano Morcillo

Modalidad: Revisión bibliográfica

Tutor/es: Enrique Barraón Catalán

A mis 4 abuelos, y a mi 'tita'.

Por, sin pretenderlo, hacerme comprender que no hay mayor fortuna que cuidar de quién un día nos cuidó.

Tita, gracias por enseñarme a ver la vida con los ojos del enfermo y el corazón del guerrero.

Hoy, gracias a eso, tengo la profesión más bonita del planeta.



RESUMEN:

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es detectar las principales causas de la falta de adherencia en pacientes de la tercera edad, (ya que nos encontramos con una cada vez más creciente población envejecida), el problema que esto supone para el sistema sanitario y el gasto público y cómo el farmacéutico comunitario puede mejorar esta situación cada vez más usual en nuestra sociedad.

Para ello, se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, incluyendo sólo los artículos que se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos.

Después de analizar los distintos artículos seleccionados, se ha observado que la adherencia terapéutica es un concepto muy amplio y cuya causa suele ser multifactorial. Es por ello por lo que se ha profundizado en los distintos factores que la pueden desencadenar para, posteriormente, estudiar las diversas estrategias de mejora sobre ellos. Del mismo modo, se ha analizado el impacto que la falta de adherencia supone para la sanidad pública española.

Por último, se ha estudiado la función del farmacéutico desde la oficina de farmacia, y tras evaluar las distintas intervenciones que puede llevar a cabo, se ha visto la importante labor que desempeña en el proceso de mejora de adherencia, especialmente, por su proximidad como sanitario con el paciente anciano.

ABSTRACT:

The main objective of this literature review is to detect the main causes of non-adherence in elderly patients (as we are facing an increasingly older population), the problem that it poses for the health system and public spending, and how community pharmacists can improve this situation, which is becoming increasingly common in our society.

To this end, a search was carried out in different databases, including only those articles that met the established inclusion criteria.

After analysing the different articles selected, it was observed that therapeutic adherence is a very broad concept whose cause is usually multifactorial. For this

reason, the different factors that can trigger adherence were examined in depth in order to subsequently study the various strategies for improving them. Similarly, the impact of non-adherence on the Spanish public health system has been analysed. Finally, the role of the pharmacist in the communitarian pharmacy has been studied, and after evaluating the different interventions that can be carried out, the important role that the pharmacist plays in the process of improving adherence has been seen, especially due to his or her proximity to the elderly patient as a healthcare professional.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. ENVEJECIMIENTO.....	4
1.2. PLURIPATOLOGÍA.....	5
1.3. POLIMEDICACIÓN.....	6
1.3.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN.....	8
1.4. CRONICIDAD.....	10
1.5. ADECUACIÓN TERAPÉUTICA.....	11
1.6. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	12
1.6.1. TEMPORALIDAD DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	13
1.6.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA...	13
1.6.3. CLASIFICACIÓN DE LA NO ADHERENCIA.....	17
2. OBJETIVOS.....	18
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
4.1. IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL SISTEMA SANITARIO.....	21
4.2. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	25
4.2.1. INTERVENCIONES TÉCNICAS.....	25
Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).....	27
4.2.2. INTERVENCIONES EDUCATIVAS.....	28
4.2.3. INTERVENCIONES CONDUCTUALES.....	28
4.3. ESTRATEGIAS Y PAPEL DE FARMACÉUTICO EN EL AUMENTO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	29
5. CONCLUSIONES.....	36

1. INTRODUCCIÓN.

Según la OMS la adherencia al tratamiento se define como el cumplimiento del mismo, es decir tomar la medicación de acuerdo con la dosis, el programa prescrito y la persistencia de tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Para que haya una buena adherencia tienen que tenerse en cuenta cinco tipos de factores que pueden afectarla: factores relacionados con el paciente, factores relacionados con la terapia, factores relacionados con el sistema y el personal sanitario, factores relacionados con el estado de la enfermedad y factores relacionados con el nivel socio-económico

Por otra parte, España es uno de los países con mayor esperanza de vida del mundo, con una media de 82,4 años.

La falta de cumplimiento en la toma regular de medicamentos para enfermedades crónicas es un problema de salud pública muy común. A medida que la esperanza de vida de la población aumenta, se espera que este problema se agrave aún más. Se calcula que alrededor de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas en países desarrollados no siguen correctamente sus tratamientos. Esto tiene graves consecuencias, como la reducción de la eficacia de los tratamientos y un aumento en los costos de atención médica, lo que afecta negativamente a la eficiencia de los sistemas de salud. Además, puede poner en peligro la seguridad de los tratamientos, ya que en algunos casos conduce a la necesidad de intensificar las terapias al no alcanzar los objetivos deseados. Una mala adherencia al tratamiento se correlaciona también con un aumento de la mortalidad.

1.1. ENVEJECIMIENTO

Se define envejecimiento como el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte.

En el último tercio del siglo XX se produjo un aumento del envejecimiento de la población debido a la revolución demográfica que se vivió. Esto se achaca fundamentalmente a los siguientes factores:

- Disminución de la natalidad.
- Avances sanitarios.
- Mejor control de la enfermedad.
- Mejora de la calidad de vida de la población.

La consecuencia directa de los factores anteriormente nombrados son el aumento de las personas de mayor edad y de la esperanza de vida.

Este incremento de envejecimiento en la población se asocia directamente a un gran aumento del consumo de los recursos sanitarios, ya que la prevalencia de diferentes enfermedades es mucho mayor en la población envejecida.

Se calcula, que la "tercera edad" (la cuál se corresponde con individuos de entre 65-80 años) es el grupo responsable del 40-50% del gasto sanitario, 30-40% del consumo total de fármacos y del 75% del total de tratamientos de carácter crónico.

A fecha del 1 de Enero de 2022, según Estadística del Padrón Continuo, el número de personas mayores de 65 años en España es de 9.063.493 lo que supone un 19,09 % de toda la población⁽¹⁾.

A través de diferentes estudios, el Instituto Nacional de Estadística (INE) prevé que en 2040 podría haber más de 14,2 millones de personas mayores, representando aproximadamente el 27,4% de la población total ⁽²⁾.

Las intervenciones de salud pública podrían contribuir a reducir los cada vez mayores gastos en atención médica al fomentar la adopción de medidas preventivas efectivas, permitiendo así, que las personas gocen de una vejez más saludable. Esto es importante porque el deterioro de la salud no es algo inevitable con el envejecimiento. De hecho, muchas políticas de éxito en países desarrollados están mejorando la cobertura y la calidad de la atención médica para los adultos mayores al centrarse en la prevención de enfermedades y discapacidades⁽³⁾.

Desde el punto de vista sanitario, el grupo de la tercera edad tiene dos características fundamentales, se trata de una población con pluripatologías y polimedicada^(3,4)

1.2. PLURIPATOLOGÍA

La pluripatología se define como la aparición de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente⁽⁴⁾.

Cuando hablamos de pacientes pluripatológicos, no nos estamos refiriendo únicamente a la presencia de cualquier comorbilidad, sino más bien a aquellos pacientes que padecen enfermedades crónicas que el sistema sanitario no puede curar, las cuales además, persisten en el tiempo y tienen tendencia a empeorar progresivamente^(3,4). Esta situación es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, debido principalmente al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población.

Encontramos pues que una sociedad pluripatológica tiene repercusión directa en el sistema sanitario de nuestro país, ya que supone una atención sanitaria más frecuente, un aumento de la probabilidad de requerir ingreso hospitalario y de consumir fármacos. Además, puede verse alterada la calidad de vida del paciente, generándole discapacidad e incluso aumentando el riesgo de muerte^(4,5).

La pluripatología hace que el paciente sea especialmente vulnerable desde el punto de vista clínico, lo que resulta en un deterioro continuo y una pérdida gradual de su independencia y capacidad funcional. Esto conlleva una necesidad frecuente de atención en una variedad de entornos de atención médica⁽⁵⁾.

Por otro lado, la pluripatología, tan frecuente en el paciente mayor, no solo dificulta el diagnóstico, si no que el tratamiento de una patología también dificulta el curso de la otra⁽⁴⁾.

1.3. POLIMEDICACIÓN

Es un concepto que puede tener diferentes interpretaciones. Se puede encontrar nombrado como "hiperfarmacoterapia" ó como "uso múltiple de medicación". Cada una de ellas con diferentes matices⁽⁴⁾.

Además, se puede definir de manera distinta en función de calidad o cantidad.

- **Polimedicación cuantitativa:** en este caso solo se atiende al número de fármacos que el paciente consume. Se presupone que el consumo de 5 medicamentos o más conlleva un mayor riesgo de efectos adversos y consecuencias negativas para la salud⁽⁴⁾.
- **Polimedicación cualitativa:** esta definición hace referencia al uso no indicado o inadecuado de la medicación⁽⁴⁾.

Rollason y Vogt ⁽⁴⁾, distinguen, en una revisión sistemática (2003), 3 posibles situaciones de polimedicación:

- **Polimedicación adecuada:** situación en la que el paciente consume muchos fármacos pero todos con indicación clínica. En estos casos, el objetivo no sería tanto reducir la medicación sino mejorar la adecuación terapéutica.
- **Polimedicación inadecuada:** en este segundo caso, el paciente toma una cantidad de medicamentos mayor a los clínicamente necesarios. Ante esta situación, el objetivo será la reducción o eliminación de los fármacos innecesarios.
- **Pseudopolimedicación:** historial con más fármacos registrados de los que realmente el paciente está tomando. En este caso el objetivo es actualizar los registros y coordinar de manera adecuada la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados⁽⁶⁾.

Existen dos patrones diferentes en el paciente polimedicado.

- Uno sería el paciente con una sola patología que requiere múltiples medicamentos para esa misma, como puede ocurrir con un paciente con VIH.
- El otro caso sería el paciente, generalmente mayor, con comorbilidad acusada, donde cada enfermedad requiere uno o más medicamentos. Como podría ser un paciente diabético, hipertenso o dislipémico.

Este segundo perfil que se comenta es probablemente el más frecuente, y es en el que nos centraremos^(5,6).

Por otra parte, identificamos como paciente polimedicado frágil a aquel que, aunque cumple con los criterios cualitativos de polimedicación, carece de los recursos

físicos, mentales, sociales o del sistema de salud necesarios para prevenir los riesgos graves y moderados asociados con la polimedición. El polimedicado no frágil es el que cuenta con una combinación de tales recursos como para poder evitar esos riesgos⁽⁶⁾.

Como se comentaba anteriormente, la polimedición, sea del tipo que sea, aumenta el riesgo de reacciones adversas, interacciones entre los fármacos consumidos y el mal cumplimiento de la pauta prescrita⁽⁴⁾.

1.3.1. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE LA POLIMEDICACIÓN.

Podríamos clasificarlos en 3 categorías: factores dependientes del paciente (Tabla 1), factores dependientes del sistema sanitario (Tabla 2) y factores dependientes de la sociedad (Tabla 3).

FACTORES DEPENDIENTES DEL PACIENTE	
Factores biológicos	Edad anciana (mayor de 75)
	Mujer
Consumo de fármacos específicos	Ansiolíticos
	Sedantes
	Antidepresivos
	Analgésicos
	Inhibidores de plaquetas
	Espasmolíticos
Morbilidad asociada	Tres o más enfermedades crónicas
	Enfermedades respiratorias
	Hipertensión arterial
	Diabetes

	Enfermedades cardiovasculares
	Síntomas digestivos
Factores psicológicos	Depresión
	Pobre autopercepción de la salud

Tabla 1: Factores dependientes del paciente que intervienen en la aparición de la polimedicación. Fuente: elaboración propia, basada en ⁽⁶⁾.

FACTORES DEPENDIENTES DE LA SOCIEDAD
Situación económica deficiente
Nivel educativo bajo
Situación de dependencia física
Vivir en zonas rurales.

Tabla 2: Factores dependientes de la sociedad que intervienen en la aparición de la polimedicación. Fuente: elaboración propia, basada en ⁽⁶⁾.

FACTORES DEPENDIENTES DEL SISTEMA SANITARIO
Contacto con los servicios sanitarios en los 3 últimos meses.
Ingresos hospitalarios previos.
Haber tenido interconsultas entre especialistas.
Ser atendido por diferentes prescriptores o acudir a múltiples farmacias.
Existencia de discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica.

Tabla 3: Factores dependientes del sistema sanitario que intervienen en la aparición de la polimedicación. Fuente: elaboración propia, basada en ⁽⁶⁾.

Algunos factores que contribuyen a la polimedición van más allá del ámbito estrictamente médico y se encuentran en el ámbito social. Cualquier esfuerzo por comprender la polimedición y la adecuación de los tratamientos, así como cualquier intervención destinada a ajustar la polimedición y mitigar sus efectos negativos, debe considerar de manera integral estos determinantes, abordando tanto los aspectos médicos como los sociales de manera global^(4,6).

En este sentido, cuando queramos realizar la evaluación de un paciente polimedicado, no debemos dejar de lado los factores psicológicos, funcionales y sociales, al igual que lo haríamos con los aspectos biomédicos (grado de adecuación y adherencia terapéutica). Esta evaluación global será primordial para entender la situación del paciente polimedicado.

1.4. CRONICIDAD.

El concepto cronicidad hace referencia a la larga duración de una enfermedad o a su resistencia a las terapias ⁽³⁾. Así, los criterios definitorios clásicos de enfermedad crónica incluyen:

- **Tiempo de evolución**, entendiendo que se trata de enfermedades de largo plazo
- **Diagnóstico**, relacionado generalmente con enfermedades no infecciosas o no transmisibles.
- **Funcionalidad**, asociada a una mayor afectación. Los criterios señalados prevalecen aún, pero han variado en cuanto al peso específico que se brinda a cada uno de ellos y se centran cada vez menos en el diagnóstico y más en la funcionalidad, asumiendo que con la disminución de esta última se puede dificultar seriamente la participación de la persona en su contexto habitual⁽³⁾.

La carga mundial de las enfermedades crónicas, así como la amenaza que suponen, conforman un problema de gran índole para la salud pública, que repercute de manera directa en el desarrollo social y económico en todo el mundo⁽⁷⁾.

Para avanzar en el abordaje de la cronicidad hemos de ser conscientes de que nos movemos en un entorno complejo, lo cual hace que sea necesaria una estrategia integrada que incorpore intervenciones multidimensionales y multidireccionales^(4,6).

En este sentido, debemos plantear una estrategia con perspectiva globalizadora, en la cual se priorice la importancia de la promoción y prevención de la salud.

Es importante que se trabaje la autonomía y corresponsabilidad del paciente, lo que favorece la mejora del autocuidado por parte del paciente, así como su adiestramiento o el de sus cuidadores⁽⁴⁾.

1.5. ADECUACIÓN TERAPÉUTICA.

Hay varias interpretaciones del término "adecuación terapéutica". Villafaina y Gavilán⁽⁶⁾ lo describen como el proceso de elección de la terapia del paciente en el que, a través de actividades como la prescripción, dispensación, indicación, administración y seguimiento, se logran resultados que se ajustan adecuadamente a las condiciones y circunstancias tanto del paciente como de la comunidad en su conjunto.

La falta de adecuación terapéutica representa un problema de salud significativo en pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en personas mayores. Sin embargo, una definición más simple podría ser que una prescripción es adecuada cuando hay evidencia clara de su efectividad en esa indicación, es bien tolerada y proporciona un buen valor en relación con su coste⁽⁶⁾.

Por otra parte, el término de "medicamento potencialmente inapropiado" (MPI) hace referencia a que el riesgo que produce el consumo de dicho medicamento supera al beneficio que pueda tener para el paciente, especialmente cuando existan alternativas terapéuticas más seguras y eficaces.

En este mismo concepto se incluye también:

- El uso de fármacos a mayor dosis o duración de la indicada.
- Empleo de medicamentos con alto riesgo de interacciones medicamentosas o medicamento-enfermedad.

- Duplicación del principio activo.

De forma estrechamente relacionada con estos dos conceptos anteriores, encontramos el concepto de “de-prescripción” ⁽⁶⁾, que se refiere al cese o ajuste en la dosificación de un medicamento a largo plazo bajo la supervisión de un profesional de la salud, pudiendo ser reemplazado o no por otro medicamento.

Con respecto a las repercusiones del problema, hay evidencia sólida que indica que la polifarmacia inapropiada (MPI) está asociada con la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la medicación, síndromes geriátricos y disminución de la capacidad funcional, lo que resulta en una pérdida de calidad de vida y un aumento en las hospitalizaciones, la institucionalización de los pacientes y la mortalidad. Por lo tanto, se considera un importante problema de salud pública^(4,8).

En este contexto, es evidente la importancia de incluir intervenciones destinadas a mejorar la adecuación terapéutica en la atención clínica diaria, sobre todo dirigidas a los grupos de población que pueden obtener mayores beneficios de las mismas⁽⁸⁾.

1.6. ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La adherencia terapéutica, anteriormente definida, guarda una estrecha relación con la adecuación terapéutica. Cuando la adecuación farmacológica es correcta (es decir, se reevalúan los objetivos terapéuticos y se adaptan a la situación clínica del paciente y a sus preferencias) la situación es óptima para obtener unos balances de beneficio-riesgo adecuados^(4,6).

No obstante, la adherencia terapéutica es un concepto muy amplio dependiente de diversos factores, lo que dificulta la tarea de encontrar el origen de la falta de adherencia terapéutica con total validez y exactitud⁽⁶⁾.

1.6.1. TEMPORALIDAD DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La falta de adherencia terapéutica puede reflejarse en distintos puntos del transcurso terapéutico.

- **Iniciación:** se produce en el momento en el que el paciente toma la primera dosis del tratamiento prescrito.

- **Ejecución:** comprende todo el proceso terapéutico y se centra en el grado de concordancia entre la medicación prescrita y la tomada por el paciente.
- **Discontinuación:** antes de que se alcance el final de la terapia, el paciente omite la dosis⁽⁹⁾.

En la Figura 1, se expone de manera gráfica la temporalidad de la que se ha hablado anteriormente.

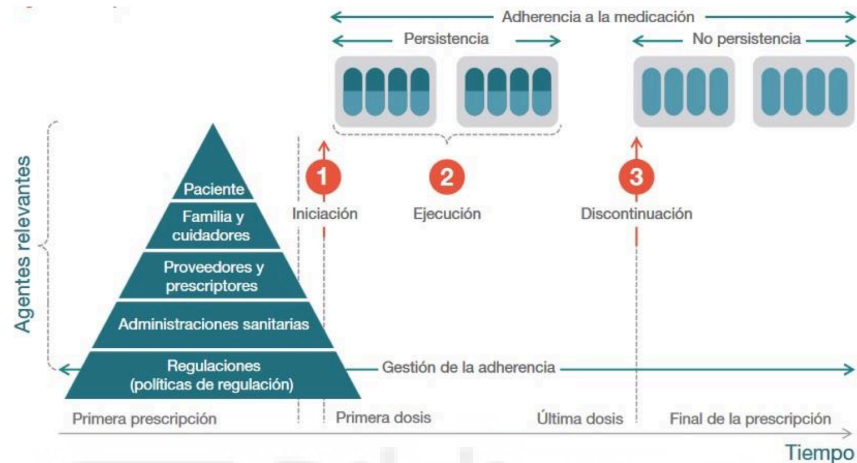


Figura 1: Temporalidad de la adherencia terapéutica⁽⁹⁾.

1.6.2. FACTORES QUE INCIDEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA.

En el siguiente esquema, se citan los factores que repercuten en la aparición de falta de adherencia en el tratamiento farmacoterapéutico.



Figura 2: Factores que inciden en la falta de adherencia. Fuente: elaboración propia basado en ⁽¹¹⁾.

- **Factores socioeconómicos**

En lo respectivo al ámbito social, el soporte familiar y del entorno, tiene una gran influencia en la adherencia al tratamiento, especialmente en la población diana que se trata en esta revisión, que es la tercera edad. En muchos casos, el paciente anciano y polimedicado no puede afrontar el hacerse cargo de su medicación, por lo que serán los familiares o cuidadores quienes estén al frente del correcto uso del tratamiento, teniendo por tanto, un papel fundamental en la adherencia terapéutica del enfermo^(6,10).

Por otra parte, aunque dentro de este mismo punto de vista social, se ha demostrado aquellas enfermedades altamente estigmatizadas por la sociedad como podrían ser algunas patologías psiquiátricas, el VIH o la tuberculosis pueden impactar de manera negativa en la adherencia al tratamiento⁽¹¹⁾. Por ejemplo: un paciente enfermo con VIH que no toma la medicación por miedo a que le vean haciéndolo, o yendo a retirar la medicación a la farmacia.

De igual manera, el nivel económico del enfermo puede comprometer de forma directa la adherencia. El coste del tratamiento, la falta de cobertura sanitaria o pertenecer a una clase social baja son los principales variables que pueden influir.

- **Factores relacionados con el sistema sanitario.**

Uno de los factores más influyentes dentro de esta categoría es la relación paciente-sanitario.

En este aspecto, afecta negativamente al cumplimiento de la terapia:

- Comunicación deficiente entre ambas partes y entre ámbitos sanitarios distintos.
- Falta de confianza hacia el profesional sanitario.
- Insatisfacción por parte del paciente con la atención recibida o con el tratamiento pautado.
- Desinformación o información incompleta sobre el tratamiento y/o patología al paciente.

- Falta de accesibilidad al sistema sanitario (largos tiempos de espera, horarios limitados, falta de suministro, falta de privacidad durante la atención sanitaria)⁽¹⁰⁾.
- **Factores relacionados con el tratamiento.**

En este sentido, encontramos diversos motivos a los que podemos achacar la falta de adherencia:

- Efectos adversos: La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las razones más comunes para el incumplimiento. Estos efectos pueden provocar que el paciente abandone el tratamiento o pueden surgir como resultado de no seguir las recomendaciones médicas sobre la dosificación.
- Características del principio activo: Incluyen la farmacodinamia, farmacocinética, forma farmacéutica y características organolépticas. Es común que los pacientes abandonen el tratamiento si no experimentan beneficios a corto plazo. En condiciones como la depresión, donde los beneficios pueden tardar en manifestarse después de un período prolongado de medicación, se ha observado que solo entre el 25% y el 50% de los pacientes siguen las recomendaciones de duración adecuada del tratamiento. La complejidad del régimen terapéutico también contribuye al incumplimiento y aumenta la probabilidad de errores en la toma de medicamentos. Simplificar el tratamiento mejora la adherencia del paciente y, por ende, la probabilidad de resultados positivos.
- Coste: El aumento en el precio de los medicamentos y el incremento en el copago de los medicamentos financiados públicamente pueden crear una barrera para el cumplimiento del tratamiento, ya que resulta en un mayor gasto para el paciente^(4,10).

- **Factores relacionados con la patología**

La gravedad de la enfermedad, su pronóstico y su impacto en la calidad de vida pueden influir en el comportamiento terapéutico de los pacientes. Por ejemplo, la falta de síntomas o la mejoría clínica pueden dificultar el cumplimiento del tratamiento. Por el contrario, cuando los síntomas empeoran o la enfermedad causa cierto grado de discapacidad, suele aumentar la adherencia al tratamiento. Además, se ha observado que ciertos diagnósticos, como los trastornos psiquiátricos, pueden ser en sí mismos obstáculos para seguir el tratamiento correctamente^(4,10,11).

- **Factores relacionados con el paciente**

Uno de los aspectos más estudiados es la influencia de la edad. En general, se ha observado que los pacientes más jóvenes tienden a tener una menor adherencia al tratamiento. El género y el nivel educativo también pueden jugar un papel, aunque los resultados son variados. Algunos estudios⁽¹¹⁾ sugieren que el estado civil, como el matrimonio o vivir con compañía, puede favorecer una mejor adherencia terapéutica. Por otro lado, aquellos pacientes con deterioro cognitivo o dificultades de memoria y atención pueden experimentar una adherencia reducida de manera involuntaria. Los olvidos son una causa común de falta de adherencia al tratamiento.

El conocimiento que el paciente tenga sobre su enfermedad y tratamiento también es crucial para la adherencia terapéutica. La falta de comprensión de la enfermedad, malentendidos sobre la prescripción y desconocimiento de las consecuencias de no seguir el tratamiento pueden ser barreras significativas^(4,6,11).

Las creencias personales del paciente también influyen en la adherencia. La negación de la enfermedad, expectativas poco realistas sobre los beneficios del tratamiento, preocupaciones sobre la toxicidad de la medicación o el cansancio de tomar medicamentos pueden disminuir la adherencia. Por otro lado, la confianza en el tratamiento es una fuerte motivación y promueve una actitud positiva hacia los tratamientos farmacológicos pueden mejorarla⁽¹¹⁾.

La personalidad del paciente también desempeña un papel importante. Un perfil optimista, esperanzador, con capacidad de autocontrol y resiliencia frente al diagnóstico tiende a correlacionarse con una mejor adherencia. En contraste, la baja autoestima, el pensamiento pesimista o una actitud hostil pueden afectar negativamente. Por último, el abuso de drogas, tabaco o alcohol se ha identificado como una barrera significativa para la adherencia al tratamiento^(10,11).

1.6.3. CLASIFICACIÓN DE LA NO ADHERENCIA.

La no adherencia (NA) se puede clasificar según la intencionalidad o los factores temporales:

- NA SEGÚN LA INTENCIONALIDAD

Entendemos por **NA intencionada** aquella en la que el paciente es consciente de la decisión que ha tomado, mientras que en la **NA no intencionada** el paciente sin pretensión alguna se convierte en no adherente⁽¹²⁾.

- NA POR FACTORES TEMPORALES

Según el momento en el que se manifiesta y cómo se produce la NA, encontramos:

- No iniciación o falta de adherencia primaria: se da cuando el paciente no llega a iniciar el tratamiento.
- Iniciación tardía: comienza con la medicación más tarde del momento en el que debería haberlo hecho.
- Discontinuación temprana: el paciente finaliza el tratamiento antes del periodo acordado por el médico.
- Subdosificación: toma menos dosis u omite alguna toma intentando conseguir el mismo resultado que si no lo hiciese.
- Sobredosificación: el paciente usa más medicación de la que debería, ya sea, por un aumento de dosis o por una mayor frecuencia de uso del fármaco que el que corresponde⁽¹²⁾.

2. OBJETIVOS

El presente trabajo de fin de grado plantea la realización de una revisión sistemática del estado del arte actual con los siguientes objetivos:

- Detectar las principales causas o factores que pueden derivar en una falta de adherencia por parte del paciente, especialmente anciano.
- Describir el impacto y las consecuencias que conlleva el incorrecto cumplimiento de la medicación en el sistema sanitario.
- Realizar un análisis de las posibles intervenciones a realizar desde la oficina de farmacia para su mejora.

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

En esta revisión, la búsqueda ha comenzado con la visita de distintas páginas webs y revistas online que han servido para realizar la introducción, en la que se ha encontrado, sobre todo, definiciones y demás información ya establecida que ha ayudado a contextualizar la situación actual y ha servido de marco para el resto de la revisión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La búsqueda de artículos se restringió a aquellos publicados en los últimos 10 años hasta la fecha actual, sin preferencia por un idioma específico. Se incluyeron únicamente estudios que involucraran a seres humanos. Además, se limitó la búsqueda a artículos de acceso gratuito completo, lo que permitió extraer los aspectos más relevantes de cada uno de ellos en cada caso.

Se realizó una revisión sistemática en dos bases de datos diferentes. Se usó MedLine, a través de Pubmed, y Scopus. Además, se llevó a cabo una búsqueda en línea utilizando Google y Google Académico para explorar diferentes aspectos relevantes relacionados con el tema de estudio. También se consultaron referencias bibliográficas de interés extraídas de los artículos incluidos en este estudio.

La estrategia de búsqueda se ha centrado en los siguientes criterios de inclusión:

- Palabras claves: *treatment adherence and compliance* , *polymedication* , y *community pharmacy service*.
- Conector: and.

- Idioma: inglés y castellano.
- Tipo de acceso: abierto (Open Access, free full text).
- Límite de tiempo: 10 años.
- Filtros de la búsqueda: se seleccionaron por fecha de publicación máxima 10 años atrás y además usamos el filtro de edad en la población de estudio: +65 años .

En la búsqueda realizada en PubMed se asignaron los descriptores de ciencias de la salud que se usarán para la población, intervención y resultado en la biblioteca virtual en salud.

Obteniendo, por tanto, la siguiente ecuación de búsqueda:

("Treatment Adherence and Compliance"[MeSH Terms] AND "Polypharmacy"[MeSH Terms] AND "Community Pharmacy Services"[MeSH Terms]) AND ((y_10[Filter]) AND (ffrft[Filter]) AND (aged[Filter]))

Con estos resultados, y con la consciencia de que nos movemos en un tema más bien de “promoción y prevención de la salud” y educación sanitaria, se decidió recurrir también a Google académico, donde se aplicaron las mismas palabras claves en la búsqueda ,añadiendo además el impacto en el sistema sanitario. “adherencia terapéutica en pacientes polimedcados, impacto en el sistema sanitario y mejoras desde la oficina de farmacia” Además, se aplicó el filtro “desde 2020” para contar con la información más actualizada posible, en especial en esta última búsqueda en la que se añade el las consecuencias en el sistema sanitario.

En último caso se obtuvieron un total de 146 resultados.

Es decir, se seleccionaron inicialmente 150 resultados de búsqueda que responden a nuestra ecuación planteada.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Los trabajos excluidos comprendieron todos aquellos publicados antes del año 2014. Además, se rechazaron aquellos artículos que no estuvieran disponibles de forma gratuita y completa para su lectura. Por otra parte, se descartaron también aquellas publicaciones de Google académico que no se centraran exclusivamente

en el paciente polimedicado y anciano y cuyo enfoque no estuviera dirigido a la atención farmacéutica. Además, como el objetivo es obtener una visión global de los problemas generados por la falta de adherencia, se excluyeron también aquellos que se centraran únicamente en el tratamiento de una patología en concreto.

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se redujo el número de trabajos a un total de 15 los artículos, que son los que han servido de apoyo para realizar la revisión bibliográfica de este trabajo.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

A continuación se va a profundizar en el impacto y las consecuencias que tiene la no adherencia sobre el sistema sanitario (gastos, recursos, tiempo), así cómo el papel que el profesional sanitario puede ejercer desde la oficina de farmacia para mejorarla.

4.1. IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL SISTEMA SANITARIO.

El sistema de salud en España destaca por su amplia cobertura pública en el ámbito de la atención médica. Sin embargo, la naturaleza económica predominante del sistema plantea desafíos para su sostenibilidad, ya que a menudo se priorizan los intereses financieros sobre el objetivo fundamental del servicio: la prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población⁽¹⁴⁾.

El gasto farmacéutico, entendido como la suma del gasto en medicamentos y productos sanitarios derivados de recetas u órdenes médicas de dispensación, junto con el gasto en el ámbito hospitalario, ocupó el segundo lugar en el consumo de recursos públicos durante el año 2019, tal y como se refleja en la Figura 3.

Es relevante señalar que una parte significativa del 62% del gasto destinado a servicios hospitalarios se asigna a la adquisición de fármacos y a los servicios proporcionados por las farmacias hospitalarias ⁽¹³⁾.

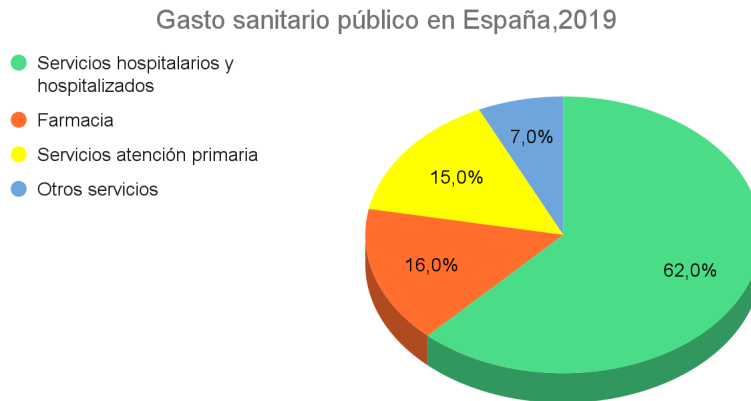


Figura 3: Esquema del gasto sanitario público en España según su clasificación funcional en el año 2019. Fuente: elaboración propia basado en ⁽¹³⁾.

La causa del incremento exponencial en el gasto sanitario es de origen multifactorial. Factores como el aumento en las prescripciones médicas, la inclusión de nuevas opciones terapéuticas en las Guías de Práctica Clínica (GPC), el crecimiento en la demanda de medicamentos por parte de los consumidores, la necesidad percibida por los médicos de satisfacer las demandas de los pacientes, así como los incentivos que reciben los propios profesionales de la salud, todos contribuyen a elevar el costo total del sistema sanitario estatal⁽¹⁴⁾.

A pesar de las numerosas ventajas de la cobertura sanitaria que tenemos en España, el sistema muestra una estructura desalineada en cuanto a los intereses involucrados. El Estado, como pagador, no tiene el poder de decisión; el paciente, como consumidor, no asume el costo directo y, por ende, en muchas ocasiones, carece de conciencia sobre las implicaciones financieras; y el médico, como prescriptor, no está vinculado ni al gasto ni al consumo. Esta dinámica centra la gestión sanitaria de manera predominantemente en lo económico, descuidando la efectividad, calidad y seguridad en la atención a la población ^(13,14).

El incumplimiento de las pautas terapéuticas conlleva una carga económica que debe ser considerada en las evaluaciones farmacoeconómicas. Sin embargo, este concepto rara vez se refleja en dichas evaluaciones. La inclusión de la medida del incumplimiento en las evaluaciones económicas es un fenómeno relativamente reciente. Una revisión de la literatura realizada en 2001 recopiló estudios

farmacoeconómicos que aplicaron análisis de sensibilidad a las tasas de cumplimiento, con el objetivo de examinar el impacto del incumplimiento en la relación costo-efectividad de diferentes tratamientos farmacológicos⁽¹⁰⁾.

A modo de ejemplo, la falta de adherencia terapéutica representa un costo de 11.250 millones de euros al año para el sistema sanitario, según lo afirmado por varios expertos durante una jornada realizada en 2011 bajo el título 'La Adherencia: un problema de salud'⁽¹⁶⁾.

Por lo que respecta al gasto farmacéutico hospitalario, éste ha experimentado un aumento continuado durante los últimos años, pasando de 2.324 millones de euros en 2003 a 6.613 millones de euros en 2018, y ha pasado de representar el 21% del gasto farmacéutico público en 2003 al 39% en 2018 ⁽¹⁶⁾.

Estudios realizados en Estados Unidos estiman un coste de 100 billones de dólares al año derivado de la toma incorrecta de la medicación. De este coste, 25 billones correspondían a ingresos hospitalarios y 70 mil millones, a pérdida de productividad y muerte prematura⁽¹⁷⁾.

El gasto sanitario del estado se puede incrementar considerablemente en:

- Atención médica desaprovechada.
- Financiación de medicamentos no utilizados.
- Consultas planificadas previamente que no se ejecutan.
- Aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos.

La OMS,⁽¹⁵⁾ a través de diversos informes, señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece, en cálculos conservadores, al menos en el 20 % los costos de la salud pública.

Además, sería altamente beneficioso dirigir esfuerzos hacia la evaluación económica de la falta de adherencia terapéutica para determinar con precisión los costos asociados a los efectos negativos que resultan del incumplimiento del tratamiento. Evaluar el uso de los recursos en salud y la efectividad de las intervenciones debe incluir necesariamente la medición de las tasas de adherencia

terapéutica, lo que permitiría una evaluación más precisa de los programas y proyectos de atención sanitaria ^(10,15).

Debido a las divergencias en la naturaleza de los resultados entre los diversos tratamientos, las medidas de incumplimiento y el horizonte temporal de los estudios analizados, resulta difícil comparar la magnitud del impacto del incumplimiento entre las distintas combinaciones de fármaco-enfermedad disponibles. De los estudios analizados se concluye que, si bien el impacto del incumplimiento en la eficacia es innegable y evidente, su repercusión en los costos varía considerablemente.

El sistema de salud podría implementar diversas acciones prioritarias destinadas a monitorear la adherencia terapéutica de los pacientes mediante el personal sanitario. Los médicos y enfermeras podrían dedicar tiempo durante las consultas para revisar la adherencia al tratamiento. Por nuestra parte, el farmacéutico comunitario también puede hacerlo a través del ejercicio de la atención farmacéutica personalizada, de hecho en la mayoría de ocasiones el farmacéutico es el primer contacto con el sistema sanitario que suele tener el paciente, por lo que podemos actuar con rapidez en la detección de una mala adherencia, adelantandonos a un peor pronóstico futuro^(13,15).

Se ha demostrado ⁽¹⁵⁾ que los pacientes muestran una mejor adherencia cuando reciben atención continuada por parte del mismo profesional a lo largo del tiempo. La comunicación efectiva con los pacientes es fundamental, tanto dentro de la institución de salud como en la comunidad, en el hogar, en la farmacia y en otros entornos.

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica conlleva varios impactos negativos. Esto incluye el gasto en medicamentos que no se consumen, la pérdida de ingresos debido a ausencias laborales causadas por enfermedades no controladas, lo que afecta la productividad en el trabajo, especialmente si el paciente es trabajador. Además, el gasto adicional puede afectar la economía familiar. Además, la falta de adherencia puede resultar en un almacenamiento innecesario de medicamentos no utilizados en el hogar, lo que aumenta el riesgo de intoxicaciones accidentales en niños y fomenta la automedicación irresponsable por parte de cualquier miembro de la familia⁽¹⁴⁾.

4.2. INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

En primer lugar, se debe comentar que debido a todos los factores influyentes en la adherencia terapéutica resulta complicado encontrar una estrategia “gold standard” para mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. Por lo que en la mayoría de casos, será necesaria una aproximación multifactorial y el empleo de varias estrategias combinadas^(6,18).

Los estudios que han investigado la efectividad de diversas estrategias muestran una considerable variabilidad, tanto en los tipos de pacientes incluidos, las estrategias evaluadas y los métodos utilizados para medir la adherencia al tratamiento. Además, la mayoría de los estudios que evalúan la eficacia de una intervención se centran en pacientes con enfermedades crónicas específicas, lo que limita la generalización de los resultados a otros grupos de pacientes⁽¹⁹⁾.

En esta sección se van a describir distintas estrategias que pueden ayudar a mejorar o a mantener la adherencia terapéutica. Estas intervenciones las se pueden clasificar en:



Figura 4: Clasificación de las intervenciones a realizar para mejorar la adherencia terapéutica. Fuente: elaboración propia basada en ⁽¹¹⁾.

4.2.1. INTERVENCIONES TÉCNICAS.

El objetivo principal de este tipo de intervenciones suele estar centrado en la simplificación del tratamiento ⁽¹¹⁾. Esto se puede conseguir mediante:

- Cambio en el régimen posológico, por ejemplo, disminuyendo el número de tomas al día mediante formas de liberación sostenida.
- Cambio en la formulación, por ejemplo, en un paciente con problemas de deglución el cambio de un comprimido por una forma líquida oral favorecerá el correcto cumplimiento del tratamiento.
- Prescripción de medicamentos reformulados en una única forma farmacéutica.

Otras estrategias técnicas se centran en el uso de sistemas de recordatorio. Existen varias opciones electrónicas o métodos técnicos para recordar la toma de medicamentos, entre los que se destacan: el envío de mensajes de texto a través del móvil, la utilización de dispositivos electrónicos dentro del envase de la medicación (conocidos como EMD o dispositivos electrónicos de empaque de medicamentos) o el uso de aplicaciones en teléfonos inteligentes o tabletas. Los EMD son envases que cuentan con una alarma que indica cuándo se debe tomar la siguiente dosis y/o con un indicador que informa cuándo fue abierto el envase por última vez. Sin embargo, el uso de EMD es difícil en la práctica clínica habitual, por lo que su uso se limita más al ámbito de los ensayos clínicos^(11,13,18).

Con la llegada de las nuevas tecnologías, se plantean otras posibles estrategias. Surge el término "*mobile health*", cuya abreviatura es *mHealth* y consiste en la práctica de la medicina a través de dispositivos móviles⁽¹¹⁾.

No obstante, una de las principales barreras que presenta esta estrategia es precisamente la población anciana, ya que suelen tener dificultades a la hora de manejar dispositivos móviles o tablets.

A pesar de haber demostrado una mayor aceptación entre la población adolescente, también hay que tener en cuenta una infraestimación de la adherencia, ya que puede ocurrir que el paciente tome la medicación pero no utilice la aplicación ó que haya una reducción en el uso de la misma a lo largo del tratamiento.

En cuanto a las posibles ventajas, la tecnología *mHealth* puede contribuir al empoderamiento de los pacientes en el manejo de su salud. Facilita la comunicación bidireccional entre profesionales de la salud y pacientes, y las intervenciones pueden adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. Por ejemplo, se

pueden enviar recordatorios en momentos específicos a solicitud del paciente o mensajes motivacionales personalizados.

Además, en el ámbito de las intervenciones técnicas, se incluye el uso de pastilleros y sistemas personalizados de dosificación (SPD). Los pastilleros son una opción más económica en comparación con los SPD u otros dispositivos electrónicos, por lo que son más ampliamente utilizados ⁽¹⁸⁾.

Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).

Los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) son dispositivos utilizados en farmacia para preparar y dispensar medicamentos sólidos de acuerdo con la prescripción médica de un paciente específico. Estos dispositivos vienen en forma de contenedores diseñados con colores y pictogramas que indican el día y la toma correspondiente, junto con instrucciones especiales sobre la administración del tratamiento, como tomarlo en ayunas o con líquidos abundantes ⁽²⁰⁾. Es importante destacar que, aunque las intervenciones basadas en el empaquetado de medicamentos, ya sea mediante pastilleros o SPD, pueden mejorar la adherencia del paciente al tratamiento, no son efectivas para abordar la falta de adherencia cuando esta es intencional. En tales casos, pueden ser necesarias intervenciones adicionales para comprender y abordar las razones subyacentes de la falta de adherencia^(18,20).



Figura 5 : Ejemplo de SPD desechable. Fuente: Google imágenes.

Si bien el servicio de SPD ofrece beneficios considerables, su alcance no abarca a todos los pacientes que frecuentan la farmacia ni es aplicable en todas las circunstancias ^(11,20). Por lo tanto, es el farmacéutico quién en función del perfil del paciente y su entorno, evalúa si este servicio asistencial le resultaría provechoso. En particular, se recomienda para pacientes que requieren apoyo en el cumplimiento terapéutico, como los pacientes polimedicados o que siguen tratamientos crónicos, así como para aquellos que enfrentan dificultades en el manejo de sus medicamentos, como es el caso de las personas mayores.

4.2.2. INTERVENCIONES EDUCATIVAS.

Estas intervenciones abarcan la provisión de información a través de diversos medios, como comunicación oral, material escrito, soporte audiovisual, comunicación telefónica, correo electrónico, ya sea de manera individual o en grupo, e incluso mediante visitas domiciliarias, entre otras.

Están diseñadas para motivar y educar a los pacientes, partiendo del principio de que aquellos que comprenden su enfermedad y tratamiento estarán más capacitados y motivados para seguirlo⁽¹¹⁾.

4.2.3. INTERVENCIONES CONDUCTUALES.

Dado que la adherencia terapéutica es un comportamiento, las intervenciones conductuales resultan sumamente útiles. Este conjunto de estrategias se centra en modificar o reforzar los comportamientos de los pacientes y capacitarlos para que participen activamente en su autocuidado y la resolución de problemas. Esto implica fomentar un cambio positivo en sus habilidades y rutinas diarias, así como adaptar el régimen de tratamiento a su estilo de vida. Algunas de las intervenciones mencionadas anteriormente, como el uso de pastilleros, calendarios o sistemas de recordatorio, también forman parte de este enfoque ^(11,15).

Por otro lado, una herramienta sumamente eficaz para los profesionales de la salud en la promoción de cambios en el comportamiento del paciente es la entrevista clínica motivacional⁽¹⁵⁾. Esta técnica de comunicación bidireccional se fundamenta en el concepto de que la motivación es crucial para impulsar el cambio. Permite

obtener información valiosa del paciente, como su grado de adherencia terapéutica y las posibles barreras que enfrenta para seguir correctamente su tratamiento.

La entrevista clínica motivacional contribuye a aumentar la motivación del paciente, mejorar la relación entre el profesional de la salud y el paciente, y establecer una alianza terapéutica sólida. Su enfoque gradual no busca persuadir al paciente, sino posicionarlo. Para lograrlo, es fundamental crear un ambiente colaborativo y no autoritario.

4.3. ESTRATEGIAS Y PAPEL DE FARMACÉUTICO EN EL AUMENTO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Una vez expuesto todo lo anterior, en esta sección se va a tratar la relación entre causas del incumplimiento terapéutico y las principales estrategias dirigidas a mejorar la adherencia. En la Tabla 4 se presentan las causas más frecuentes de un incorrecto cumplimiento del tratamiento y cuál sería la estrategia óptima en cada caso.



Causas del incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia				
	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industria
Factores relacionados con el paciente					
Características sociodemográficas				●	
Escaso conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y/o las consecuencias del incumplimiento			●		
Desconfianza en la elección o la efectividad del tratamiento			●		
Incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas			●		●
Olvido o falta de motivación		●		●	
Barreras de acceso					●
Factores relacionados con el tratamiento			●	●	
Efectos secundarios					
Características de la medicación (farmacocinética, farmacodinámica, características organolépticas, formas farmacéuticas, etc.)	●				●
Complejidad del régimen (politerapia, pauta posológica compleja, duración del tratamiento, etc.)	●	●			●
Coste/copago de la medicación				●	●
Factores relacionados con la enfermedad					
Enfermedad crónica	●	●	●	●	●
Enfermedad aguda		●	●		
Enfermedades poco sintomáticas		●	●		
Factores relacionados con el profesional sanitario					
Forma de comunicación y contenido de la información					●
Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional sanitario					●

Tabla 4: Relación entre las posibles causas del incumplimiento terapéutico y tipo de estrategia a llevar a cabo en cada situación.⁽¹⁰⁾

En este sentido, observamos que hay causas como la cronicidad de una enfermedad, polimedicación o la complejidad del tratamiento, que pueden abordarse con diferentes estrategias (conductuales, técnicas, educativas...). En cambio, si el origen de la falta de adherencia terapéutica reside en otras causas como pueden ser los efectos secundarios del tratamiento, o las características sociodemográficas las estrategias posibles son mucho más reducidas^(10,11).

Es aquí donde los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, tenemos una importante labor en la detección, análisis y abordaje de los problemas que pueda tener el enfermo con el uso adecuado de su medicación.

PAPEL DEL FARMACÉUTICO DESDE LA OFICINA DE FARMACIA.

Los farmacéuticos, como profesionales sanitarios, desempeñan un papel crucial como proveedores de atención médica en el cumplimiento terapéutico de los pacientes. Gracias a su capacitación y conocimientos en medicamentos, así como a su habilidad para fomentar cambios de comportamiento de manera efectiva, están bien preparados para intervenir directamente con los pacientes de manera personalizada. Su proximidad con los pacientes en su rutina diaria también facilita esta interacción individualizada ^(21,22).

La actuación del farmacéutico ^(11,18,20) respecto sobre la adherencia puede realizarse de manera coincidente a otros servicios, como son la dispensación, indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico o cualquier consulta de tipo consejo farmacéutico. No obstante, es en el servicio de atención farmacéutica (el cuál suele ser independiente y de entrevista personal con el paciente) donde se ha demostrado una mayor efectividad en la mejora de la adherencia al tratamiento.

En el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), se evalúa la adherencia en varias fases ⁽²³⁾. Esto se logra obteniendo información sobre el cumplimiento con la medicación durante la primera entrevista o en entrevistas posteriores. Además, se identifica la falta de adherencia como un Problema Relacionado con los Medicamentos (PRM) que puede conducir a un Resultado Negativo de la Medicación (RNM)^(20,23).

A continuación, se va a exponer la labor que puede ejercer el farmacéutico comunitario en el abordaje de la falta de adherencia al tratamiento, la cuál comprende varias etapas, que se resumen en el siguiente esquema. (Figura 6)



Figura 6: Etapas en la labor del farmacéutico en la mejora de la falta de adherencia. Fuente: elaboración propia basada en ⁽¹⁰⁾.

Siguiendo el esquema anterior, se va a describir a continuación cada una de las fases de forma más detallada.

- DETECTAR E IDENTIFICAR PACIENTES O SITUACIONES CON SUSCEPTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA.

Hay diversas señales de alarma que nos pueden ayudar a localizar la falta de adherencia^(21,24):

- Registros de dispensación disconcordantes: estos son fácilmente detectables en la oficina de farmacia (OF), y, repetidos en el tiempo son un claro indicador de mala adherencia al tratamiento.
- Utilización incorrecta de medicamentos complejos.
- Información que aporta directamente el paciente.

- EVALUAR EL GRADO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Una vez evaluado, en caso de no adherencia, se podrá determinar su tipo (intencionada, no intencionada, o combinada). Para ello, el farmacéutico puede valerse de diferentes métodos (directos e indirectos) (Tabla 4) de detección y evaluación de la adherencia, como la utilización de cuestionarios validados, como el cuestionario de Morisky-Green-Levine⁽¹¹⁾.

En la siguiente tabla se exponen los diferentes métodos (tanto directos como indirectos) y las ventajas y desventajas que ofrece cada uno de ellos.

	MÉTODOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
INDIRECTOS	<i>Cuestionarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo coste • Permite investigar motivos de no adherencia • Mide adherencia cualitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de estandarización • Baja sensibilidad y objetividad • Sobreestimación de los resultados de adherencia
	<i>Recuento de medicación sobrante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo coste 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevada dedicación • Sobreestimación • Necesidad de colaboración del paciente
	<i>Registros dispensación farmacia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Datos de fácil acceso en aquellos centros con sistemas de dispensación única • Mide adherencia cualitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • No detecta motivo del incumplimiento • Información sesgada • Sobreestimación
	<i>Dispositivos electrónicos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de dosis y frecuencia de administración • Patrones de adherencia en el tiempo • Elevada fiabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Costes elevados • No disponible en todos los centros • Subestimación de los datos • Errores asociados a la tecnología
DIRECTOS	<i>Determinación plasmática</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Permite detectar o prevenir la toxicidad del fármaco • Especificidad aceptada en poblaciones con farmacocinética alterada 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos costes • Método invasivo • Los niveles pueden estar disminuidos por otros factores diferentes a la no adherencia
	<i>Observación de la ingesta de la medicación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Precisión alta 	<ul style="list-style-type: none"> • No es práctico para su uso habitual en la práctica asistencial • Los pacientes pueden ocultar el medicamento en la ingesta

Tabla 4: Ventajas y desventajas de los métodos de medición de la adherencia terapéutica⁽⁹⁾.

Aunque ofrecen menos seguridad, los métodos indirectos son ampliamente utilizados en la práctica clínica. Dentro de este conjunto se incluyen procedimientos objetivos como el recuento de medicación remanente, el seguimiento de las

dispensaciones en farmacias y el empleo de dispositivos electrónicos. Además, se recurre a cuestionarios como herramienta subjetiva^(9,20).

La evaluación de los registros de dispensación, ya sea a través de recetas tradicionales o electrónicas, junto con la información proporcionada por el paciente durante la entrevista clínica, son elementos fundamentales^(4,9,11). Clasificar al paciente según su nivel de adherencia es crucial, ya que esto influirá en todas las intervenciones siguientes.

Por su parte, los métodos directos pueden resultar más seguros a la hora de obtener información sobre el uso del tratamiento de cada paciente. No obstante, además de los inconvenientes comentados en la tabla, se alejan de la labor del farmacéutico en una oficina de farmacia. En el caso de la determinación plasmática, no se disponen de los medios en una farmacia comunitaria para realizar la prueba de manera adecuada, y, la observación de la toma de medicación se optimiza cuando es realizada por cuidadores, enfermeros o auxiliares de enfermería, no es factible que el paciente acuda a la farmacia cada vez que ha de tomar una medicación.

- CONOCER LOS MOTIVOS CONCRETOS DE FALTA DE ADHERENCIA DEL PACIENTE QUE ESTÁN ACTUANDO COMO BARRERAS.

Estas barreras pueden ser muy heterogéneas pero se podrían englobar en los dos tipos mostrados en la Figura 7.

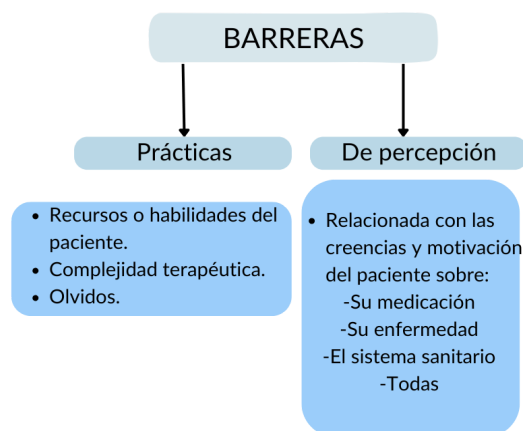


Figura 7: Tipos de barreras que actúan en la falta de adherencia. Fuente: elaboración propia basada en la referencia ⁽¹¹⁾.

- IDENTIFICAR LAS ESTRATEGIAS IDÓNEAS PARA ABORDAR LOS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS Y PROMOVER LA ADHERENCIA.

Cada intervención debe ser personalizada y no limitarse a un momento específico, sino integrarse en un plan de acción con múltiples estrategias asociadas^(4,11). Dado que el cambio es un proceso continuo, es crucial establecer objetivos a corto y largo plazo.

Los farmacéuticos⁽²⁵⁾ pueden emplear competencias adquiridas a partir de modelos teóricos de cambios de comportamiento en salud para indagar estas barreras y seleccionar **estrategias de intervención adecuadas**. Como son:

- Modelo de Creencias en Salud
- Modelo de Información-Motivación-Estrategia.
- Modelo de Necesidad percibida y Preocupaciones
- Entrevista motivacional.

Se ha demostrado la efectividad de estos modelos, usados además de manera conjunta, durante el proceso de mejora de adherencia farmacológica^(11,24).

- COMPROMISO PACIENTE - FARMACÉUTICO:

El farmacéutico y el paciente pueden establecer conjuntamente la ejecución de la estrategia, desarrollando una alianza terapéutica que fortalezca el empoderamiento del paciente y respalde su comportamiento futuro⁽¹¹⁾. Es importante, como sanitarios, que el paciente entienda que estamos igual de comprometidos con su tratamiento que él.

- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CONTINUADO:

Dado que la adherencia es un concepto dinámico y multifacético, puede verse influenciada por circunstancias cambiantes que causen modificaciones con el tiempo. Por tanto, es crucial realizar un seguimiento continuo de la adherencia en visitas posteriores, evaluando los resultados de intervenciones anteriores y reevaluando la adherencia a lo largo del tiempo⁽¹¹⁾.

Por último, hemos de resaltar la importancia de trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos y enfermeros, para fomentar relaciones de práctica colaborativa en lo que respecta a la adherencia al tratamiento. Esto implica mejorar la comunicación entre diferentes niveles y áreas de atención, para poder identificar rápidamente problemas de adherencia u otros relacionados con la medicación. De esta manera, se pueden implementar intervenciones acordadas en conjunto, como simplificar el tratamiento mediante ajustes en la prescripción médica, reforzar el plan de tratamiento a través de la enfermería, o preparar la medicación en sistemas personalizados de dosificación por parte del farmacéutico. Además, es esencial establecer equipos interdisciplinarios para la atención y seguimiento de pacientes con múltiples afecciones, involucrando al equipo de Atención Primaria, Atención Especializada y la Farmacia Comunitaria de referencia del paciente.

5. CONCLUSIONES.

Tras las revisiones bibliográficas realizadas en este trabajo y los resultados comentados, podemos concluir que:

- En la actualidad, la falta de adherencia terapéutica al tratamiento constituye un importante problema de salud a nivel mundial, un problema que tiende a agudizarse debido al incremento de la esperanza de vida, y por ende, el aumento de la población envejecida y la creciente cronificación de las enfermedades.
- La viabilidad a largo plazo del sistema de salud en España está intrínsecamente vinculada a la cobertura pública, la cual se ve influida por la eficacia del proceso de atención médica. Se ha comprobado que la falta de adherencia a los tratamientos genera un gasto público excesivo y supone el uso de numerosos recursos tanto humanos como económicos que no serían necesarios si el cumplimiento del tratamiento fuera el adecuado.
- La falta de adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial. Dado que es un comportamiento dinámico, puede cambiar con el tiempo y, por lo tanto, debe ser evaluado regularmente. Hasta ahora, ninguna intervención diseñada para mejorar la adherencia ha demostrado ser universalmente efectiva en todos los pacientes y contextos, por lo que su selección debe ser

personalizada. Las estrategias destinadas a abordar los desafíos relacionados con la falta de adherencia terapéutica pueden variar en su enfoque. Pueden incluir métodos técnicos, intervenciones conductuales, programas educativos, redes de apoyo social y familiar, entre otros.

- La intervención farmacéutica ha determinado ser un componente esencial en este proceso, se destaca el papel positivo del farmacéutico en la reducción del gasto público en atención médica relacionado con el costo de los medicamentos. Esto impulsa la implementación de un modelo de atención sanitaria que sea sostenible y de alta calidad.
- En cuanto al papel del farmacéutico como profesional sanitario, su participación en el proceso terapéutico del paciente ha demostrado mejorar la efectividad de los tratamientos. Especialmente, la población anciana que toma múltiples medicamentos se ha beneficiado de la atención farmacéutica. Se ha demostrado que las intervenciones farmacéuticas, como la educación del paciente, la simplificación de regímenes de medicación, la revisión de la medicación y el uso de sistemas de dosificación personalizados, son efectivas para mejorar la adherencia terapéutica en esta población. Además, el farmacéutico, como miembro accesible y de confianza del equipo de atención médica, está bien posicionado para proporcionar un apoyo continuo y personalizado a los ancianos en la gestión de su tratamiento farmacológico. Sin embargo, se reconoce que existen desafíos en la implementación de estas intervenciones.

Por lo tanto, es crucial que los farmacéuticos sigan colaborando estrechamente con otros profesionales de la salud y adopten enfoques centrados en el paciente para abordar estas barreras y mejorar aún más la adherencia terapéutica en esta población vulnerable. En última instancia, este estudio destaca la importancia de reconocer y aprovechar el papel único del farmacéutico en el cuidado de los ancianos, no solo como dispensadores de medicamentos, sino como proveedores de atención integral que pueden marcar una diferencia significativa en la salud y el bienestar de esta creciente población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imsero. Mayores: un clic. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. [5 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://imsero.es/espacio-mayores/estadisticas/mayores-un-clic#:~:text=A%201%20de%20enero%20de,Fuente%3A%20Estad%3%ADstica%20del%20P adr%C3%B3n%20Continuo>
2. CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas). Indicadores básicos sobre el envejecimiento en España 2023. Envejecimiento en red [Internet]. 2023 [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2023/10/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>
3. Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez M del C, Jenaro Río C, Torres Hernández EA, Cardona González EI, Vega Córdoba V. Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. Index Enferm [Internet]. 2017 [citado el 9 de mayo de 2024];26(1-2):53-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012
4. Montenegro N, Jesús A. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimedicados mayores de 65 años. Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica; 2014.
5. Costa GR, Berjón MFD, Mochales JA, Maleras RG, Laso y María Dolores Esteban Vasallo ÁR. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA PLURIPATOLOGÍA Y SU INFLUENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS A PARTIR DE UNA ENCUESTA DE SALUD. MADRID, 2007 [Internet]. Isciii.es. 2009 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n6/original2.pdf>
6. Barroso V. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario1 [Internet]. Gob.es. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/PolimedicadosVol35n4.pdf
7. Uib.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/153235/Medina_Garcia_Encarnacion.pdf?sequence=1
8. Orueta R, Sánchez-Oropesa A, Gómez-Calcerrada RM, Arriola M, Nieto e. I. Adecuación terapéutica en pacientes crónicos [Internet]. Isciii.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v8n1/especial1.pdf>
9. Trabajo Fin de MCA. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO [Internet]. Idus.us.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/143367/RUGER%20ALVAREZ%20ANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 10 de mayo de 2024];41(6):342-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

11. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm* [Internet]. 2018;59(4). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n4/2340-9894-ars-59-04-251.pdf>
12. Sefac.org. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf
13. Universidadeuropea.com. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/323/Maria%20Teresa%20Coiras%20Lopez_Maria%20Izquierdo%20Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Florido Alba F, García-Agua Soler N, Martín Reyes Á, García Ruiz AJ. Crisis, gasto público sanitario y política. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019 [citado 10 de mayo de 2024];93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100072
15. Sld.cu. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200600030013
16. La falta de adherencia terapéutica cuesta 11.250 millones anuales al sistema.[Internet]. Pmfarma.com. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.pmfarma.com/noticias/18973-la-falta-de-adherencia-terapyutica-cuesta-11.250-millones-anuales-al-sistema.html>
17. Airef.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/PDF-WEB-Gasto-hospitalario-del-SNS.pdf>
18. de Grado TF. Impacto de la implantación de Sistemas Personalizados de Dosificación en la Oficina de Farmacia [Internet]. Ull.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/28329/Impacto%20de%20la%20i%20mplantacion%20de%20Sistemas%20Personalizados%20de%20Dosificacion%20en%20la%20Oficina%20de%20Farmacia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. González-Bueno J, Vega-Coca MD, Rodríguez-Pérez A, Toscano-Guzmán MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2024];48(2):121-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.012>
20. Umh.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://dSPACE.umh.es/bitstream/11000/8074/1/Aplicación%20del%20sistema%20personalizado%20de%20dosificación%20en%20una%20oficina%20de%20farmacia%20comunitaria.%20.pdf>
21. Vista de Análisis de la adherencia farmacológica utilizando la receta electrónica en una farmacia comunitaria: estudio 'REACT' [Internet]. Raco.cat. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/412523/512481>
22. Ferro IZ, Piñeiro GD, Ferrán BB. Ma Isabel Martín Herranz [Internet]. Construyendolafh.es. [citado 10 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.construyendolafh.es/sites/g/files/vrxlpx29401/files/2022-03/articulo-2-monografia-16.pd>

23. de Consenso C. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* [Internet]. 2007 [citado 10 de mayo de 2024];48(1):5-17. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4974>
24. Oñatibia-Astibia A, Aizpurua-Arruti X, Malet-Larrea A, Gastelurrutia MÁ, Goyenechea E. The role of the community pharmacist in detecting and decreasing medication errors: A scoping review [Internet]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v62n1/2340-9894-ars-62-01-15.pdf>

