



CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE FARMACÉUTICOS

## Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España

**10**

**Servicio de Adherencia  
Terapéutica en  
Farmacia Comunitaria**

Este documento ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, compuesto por:

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: Luis Amaro, Rosa López-Torres, Teodomiro Hidalgo, Carmen Recio y Laura Martín  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guadalajara: Ignacio José Romeo  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva: Francisco Luis Peinado, Fulvia Ronchel y M<sup>a</sup> José Coronado  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra: Marta Galipienzo  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia: José Luis Nájera  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zamora: Juan Prieto  
Fundación Pharmaceutical Care: Mercè Martí  
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria: Ana Molinero

El Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos aprobó la difusión de este documento en su sesión del 29 de marzo de 2017.

Edita:

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos  
c/ Villanueva, 11 – 7<sup>a</sup> planta. 28001 Madrid [congral@redfarma.org](mailto:congral@redfarma.org) [www.portalfarma.com](http://www.portalfarma.com)

Depósito Legal: M-12766-2017

Maquetación y Producción Gráfica: Comuniland S.L.

© Copyright de los textos originales: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2017. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de producción, sin la autorización por escrito de los titulares del copyright.

**10**

**Servicio de adherencia  
terapéutica en  
Farmacia Comunitaria**

# ÍNDICE

• Introducción .....	5
• Objetivos del Servicio de Adherencia Terapéutica.....	5
• Procedimiento del Servicio de Adherencia Terapéutica en Farmacia Comunitaria .....	6
• Diagrama de flujo del Servicio de Adherencia Terapéutica .....	8
• Anexo: Test de adherencia.....	9
• Referencias.....	10

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a la falta de adherencia terapéutica como “un problema mundial de primera magnitud”. Mejorar la adherencia a la medicación se ha convertido en una prioridad para las autoridades e investigadores sanitarios, ya que diversos estudios sugieren una alta prevalencia. Entre un 30% y un 50% de los pacientes crónicos no toman sus medicamentos o no los toman como fueron prescritos, acarreado un problema relevante en la práctica clínica.

La falta de adherencia de los pacientes al tratamiento es una oportunidad perdida para los beneficios de la farmacoterapia y disminuye su calidad de vida. Si la patología empeora, aumentarán los costes desde la perspectiva del sistema de salud, por un aumento de las hospitalizaciones y la aparición de complicaciones como consecuencia de la falta de adherencia terapéutica.

El Foro AF-FC define el **Servicio de Adherencia Terapéutica** como “el servicio profesional en el que el farmacéutico, mediante su intervención, colabora activamente con el paciente para que, de forma voluntaria, siga las recomendaciones del agente sanitario en relación con 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 en la salud del paciente”.

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 para prevenir y/o evitar la aparición de casos de incumplimiento terapéutico en los pacientes.

Los farmacéuticos comunitarios están en una excelente posición en el sistema de salud para impactar en la adherencia a la medicación. No sólo son expertos en medicamentos, sino que también se encuentran entre los profesionales de la salud más accesibles y consultados. La farmacia comunitaria es un paso casi obligado al final de la utilización del resto de niveles asistenciales del sistema, por lo que es un lugar idóneo para la detección y abordaje de los problemas de adherencia terapéutica, implicándose el profesional farmacéutico, en colaboración con el resto de profesionales sanitarios en la consecución de resultados en salud con el paciente y para el paciente. Muchas veces la farmacia comunitaria también es el único lugar accesible para la consulta de dudas fuera de horarios de atención en consultorios o centros de salud, sobre todo en las zonas rurales. Este acceso directo a los pacientes es clave para identificar la mala adherencia terapéutica, ayudar a eliminar barreras y facilitar la incorporación de las intervenciones de cumplimiento en el cuidado de los pacientes.

La falta de adherencia terapéutica es un comportamiento inadecuado, y para cambiarlo es esencial que los pacientes y todos los profesionales de la salud, en general, se sientan motivados para hacerlo.

El presente documento recoge las recomendaciones necesarias para que la provisión del Servicio de Adherencia Terapéutica pueda considerarse buena práctica profesional.

## **Objetivos del Servicio de Adherencia Terapéutica**

Los objetivos del Servicio de Adherencia Terapéutica son:

- a) Maximizar la efectividad y seguridad del tratamiento
- b) Optimizar los recursos sanitarios disponibles
- c) Fomentar la educación sanitaria en la sociedad
- d) Mejorar la calidad de vida de los pacientes
- e) Registrar y documentar la intervención profesional

## **Procedimiento del Servicio de Adherencia Terapéutica en Farmacia Comunitaria**

**1. Detección del paciente con problemas de adherencia terapéutica:** la detección puede ser espontánea por parte del propio paciente o cuidador, o por sospecha del farmacéutico u otro profesional sanitario. Existen una serie de factores que sirven como predictores de la falta de adherencia; los principales son:

- La complejidad del tratamiento farmacológico
- La aparición de efectos adversos producidos por la medicación
- Una inadecuada relación entre el profesional sanitario y el paciente
- La falta de coordinación entre niveles asistenciales (atención fragmentada)
- Una enfermedad asintomática
- Un seguimiento inadecuado del paciente
- La inasistencia del paciente a citas programadas
- Una falta de confianza por parte del paciente en el beneficio del tratamiento
- Una falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente
- La existencia de deterioro cognitivo en el paciente o presencia de problemas psicológicos (en particular, depresión)
- Dificultades de acceso a la asistencia sanitaria o a medicamentos
- El coste de la medicación

Estos factores pueden ser modificables o no modificables. Entre los primeros encontraríamos, por ejemplo, aquellos relacionados con el régimen terapéutico, el número de medicamentos prescritos o la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Los factores no modificables serían los problemas de salud o características sociodemográficas del paciente. A pesar de no ser modificables, sí que se podrá planificar una estrategia para influir sobre los mismos.

**2. Oferta del servicio:** si el paciente refiere tener problemas de adherencia terapéutica o si identificamos que el paciente pudiera tener algún problema de incumplimiento, le ofreceríamos el Servicio de Adherencia Terapéutica.

**3. Valoración de la falta de adherencia terapéutica:** la adherencia puede evaluarse con métodos directos e indirectos. Todos tienen sus ventajas y sus inconvenientes, por lo que habrá que evaluar cuál es el que mejor se ajusta a nuestras necesidades.

- **Métodos directos:** consistirían en la medición de los niveles plasmáticos de un determinado medicamento o metabolito del mismo. También hablamos de métodos directos cuando el profesional sanitario observa de forma presencial la toma de la medicación por parte del paciente. Son métodos exactos y fiables, pero costosos en tiempo y dinero y con poca aplicación en la práctica diaria.
- **Métodos indirectos:** son los más habituales. Principalmente se utilizan cuestionarios que permiten determinar de forma rápida y sencilla si el paciente se adhiere o no al tratamiento farmacológico. Algunos ejemplos habituales son el test de Morisky-Green, el test de Haynes-Sackett o el test de Batalla (ver *Anexo*). Son menos precisos, pero son sencillos, rápidos y aplicables en la práctica habitual.

Dentro de los métodos indirectos también podemos incluir los recuentos de medicación o los registros de dispensaciones realizadas.

**4. Identificación del paciente como adherente o no adherente:** una vez realizada la valoración, identificaremos al paciente como *paciente adherente* o *paciente no adherente*.

Si el paciente es adherente a su tratamiento farmacológico, convendrá revisar si sus problemas de salud están controlados. Esto permitirá corroborar que realmente el paciente cumple con el tratamiento. Si se detectase algún problema de salud no controlado habría que realizar un estudio para evaluar si se debe o no a una falta de adherencia terapéutica. En este caso, se seguiría el mismo proceso que si el paciente no fuese adherente.

La falta de control también puede deberse a otras causas que no estén relacionadas con el cumplimiento terapéutico y que requerirían de la realización de un estado de situación del paciente (ver *Procedimiento del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico*).

En caso de detectar que el paciente no es adherente al tratamiento farmacológico, se procederá a realizar una entrevista personalizada para evaluar el tipo y los motivos de la falta de adherencia terapéutica.

**5. Entrevista de evaluación:** mediante esta entrevista determinaremos el tipo de falta de adherencia terapéutica y, con base en ello, determinaremos la intervención a realizar.

De forma muy genérica, la falta de adherencia puede ser intencionada o no intencionada. La **intencionada** suele estar relacionada con creencias y expectativas del paciente respecto a la salud/enfermedad, medicación y sus resultados. La falta de adherencia **no intencionada** tiene más relación con factores modificables, como la complejidad del tratamiento, olvidos, etc.

**6. Intervención:** la intervención farmacéutica se diseñará en función del tipo de falta de adherencia identificada en la etapa anterior.

Las intervenciones deben abordar temas cognitivos, conductuales y emocionales.

Si la falta de adherencia es **intencionada**, la intervención irá dirigida a evaluar cuáles son las creencias sobre salud, medicamentos, sistema sanitario/profesionales de la salud, etc., que están afectando al cumplimiento terapéutico. Es importante que el paciente logre entender por qué es importante que utilice su medicación tal y como fue prescrita para conseguir resultados en salud y reducir una posible preocupación respecto a su salud y al uso de medicamentos. También es interesante informar sobre el riesgo asociado a no utilizar el tratamiento farmacológico.

En este tipo de pacientes no adherentes, la intervención será fundamentalmente la provisión de información personalizada o educación sanitaria. Esto puede realizarse de forma aislada o en asociación con el Servicio de Dispensación o de Seguimiento Farmacoterapéutico, entre otros.

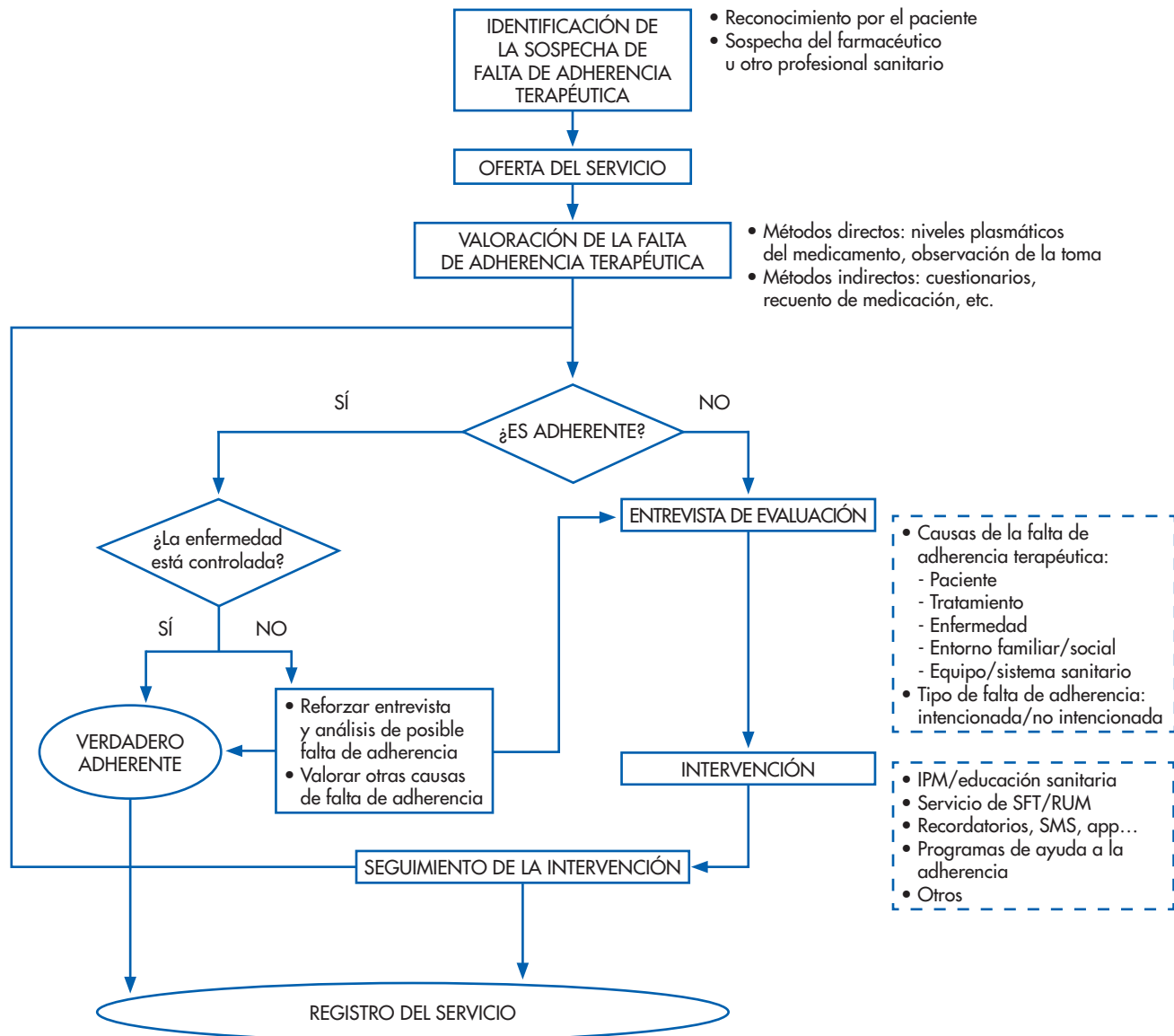
Si la falta de adherencia es **no intencionada**, la intervención combinará la provisión de información con el uso de herramientas o estrategias que permitan mejorar la adherencia, por ejemplo, Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), aplicaciones móviles, recordatorios, listados de medicamentos, etc.

En ocasiones podemos encontrarnos con la existencia de iniciativas y programas de adherencia terapéutica desarrollados a nivel municipal, provincial o regional con la colaboración o no de otros profesionales sanitarios y/o servicios sociales.

**7. Seguimiento de la intervención realizada:** el farmacéutico, de acuerdo con el paciente, ha de comprobar periódicamente si se han cumplido los acuerdos respecto a los planes de mejora de la adherencia y si éstos no se han alcanzado, proponer las acciones adicionales pertinentes.

**8. Registro del servicio:** el farmacéutico debe contar con sistemas de documentación adecuados que permitan registrar esta actividad. Como cualquier profesional que interviene en la actividad asistencial, el farmacéutico está obligado al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica establecidos en la legislación, y ha de cumplir con sus responsabilidades en el tratamiento de los datos de carácter personal del paciente.

## Diagrama de flujo del Servicio de Adherencia Terapéutica





## **Anexo: test de adherencia**

### **Anexo 1. Test de Morisky-Green**

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

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

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

### **Anexo 2. Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad (test de Batalla)**

El test de Batalla analiza el conocimiento que tiene el paciente de su enfermedad y está dirigido esencialmente a hipertensión arterial (HTA) y dislipemia.

Una respuesta incorrecta de las tres siguientes conlleva falta de adherencia.

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
3. Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener la presión arterial elevada.

### **Anexo 3. Test de Haynes-Sackett**

También denominado cuestionario de “comunicación del autocumplimiento”.

Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos?

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

## Referencias

- Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, Benson J, Blair J, Bowser A, Clyne W, Crome P, Haddad P, Hemingway S, Horne R, Johnson S, Kelly S, Packham B, Patel M, Steel J (2009). Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS 14 Princes Gate, Hyde Park, London, SW7 1PU. [www.rcgp.org.uk](http://www.rcgp.org.uk). Registered charity No 223106.
- Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Disponible en: [www.nice.org.uk/CG76](http://www.nice.org.uk/CG76)
- Documento de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Paginas/Buenas-practicas-Farmacia-Comunitaria.aspx>
- Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. FORO AF-FC. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/Inicio/atencionfarmaceutica/forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC\\_Guia%20FORO.pdf](http://www.portalfarma.com/Inicio/atencionfarmaceutica/forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia%20FORO.pdf)
- Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf) [acceso, 25 de febrero de 2014].
- Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, enero de 2008. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN 978-84-691-1243-4, **incluido como pie de página**.
- Rodríguez-Chamorro MA, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez-Martínez F. Adaptación del estado de situación al documento de consenso en atención farmacéutica definido por FORO. *Ars Pharm.* 2011; 52 (suppl 1): 35-9.
- Sabater D, Silva M, Faus MJ. M. Método Dáder, Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. GIAF-UGR. Tercera edición, 2007.
- Gastelurrutia MA, Faus MJ [letter to the editor]. Different ways of practicing pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm.* 2009; 5 (1): 1-2.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 2002; 274: 40126-32. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *BOE* 2006; 178: 28122-65. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/legislacion/recopilacion/Paginas/leygarantiasyusoraciona.aspx>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *BOE* 1999; 298: 43088-99. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf>
- Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2008; 40 (8): 413-7.





**CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE FARMACÉUTICOS**

