



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**“Participación de las Oficinas de Farmacia en el Programa de
Mejora de Adherencia Terapéutica en dos Zonas Básicas de
Salud”**

Autora: María Nuria De La Torre Álvarez

Tutora: Evangelina García Barbero

Valladolid, Junio 2014



RESUMEN

La baja adherencia al tratamiento en el paciente polimedcado constituye un problema de Salud Pública. Dada la complejidad y los múltiples factores que influyen en ella, es necesario, para su mejora, un enfoque multidisciplinar que integre la participación de todos los profesionales sanitarios relacionados con el paciente. De ahí surge la participación de las oficinas de farmacia en el Programa de Mejora en la Adherencia Terapéutica en el Paciente Polimedcado.

Objetivo: Evidenciar las dificultades encontradas en la implantación y desarrollo de dicho Programa, desde la doble perspectiva farmacéutica y de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, en dos Zonas Básicas de Salud.

Método: Estudio cualitativo descriptivo transversal y retrospectivo, realizado por medio de entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, dirigidas a las oficinas de farmacia receptoras de pacientes para su seguimiento, los profesionales de enfermería de ambos centros, los representantes de los Colegios de Farmacéuticos tanto a nivel provincial como autonómico, así como los representantes a nivel político de la puesta en marcha del Programa.

Resultados: Las barreras encontradas en el desarrollo del Programa han sido: la falta de retroalimentación interprofesional, de difusión y recordatorios periódicos que evitasen la caída en el olvido, el desconocimiento del potencial de ayuda que puede ofrecer el farmacéutico, la falta de coherencia en los mensajes ofrecidos a los pacientes, la confusión acerca de la población diana a quién se dirige el Programa, la falta de operatividad y la sobrecarga de programas asistenciales, entre otros.

Conclusiones: La implantación del Programa en el momento presente está relegada a un segundo plano en favor de la nueva Estrategia de Atención al paciente Crónico y en las acciones necesarias para garantizar la funcionalidad de la tarjeta electrónica.

Palabras clave: Adherencia terapéutica. Cumplimiento. Polimedcado. Enfermería. Sistema Personal de Dosificación. Tarjeta electrónica.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	2
2.1	CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.....	2
2.2	DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE LA NO ADHERENCIA	3
2.3	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA... 4	
2.4	PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO	5
3	OBJETIVOS.....	8
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	8
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4	METODOLOGÍA.....	8
4.1	TIPO DE ESTUDIO	8
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	9
4.3	DISEÑO DE ESTUDIO Y PARTICIPANTES.....	9
5	RESULTADOS	10
5.1	FASE I. ABORDAJE AL SECTOR FARMACÉUTICO	10
5.2	FASE II. ABORDAJE AL SECTOR ATENCIÓN PRIMARIA	15
6	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	20
7	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS A FUTURO.....	22
8	AGRADECIMIENTOS.....	25
9	BIBLIOGRAFIA	25
10	ANEXOS	27
10.1	MODELOS DE ENTREVISTAS	27



1 INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

La baja adherencia al tratamiento, principalmente en las enfermedades crónicas y de modo particular en las personas mayores, es un problema con importantes repercusiones para el paciente y el Sistema Sanitario, siendo considerado por la OMS un tema prioritario de Salud Pública. Por ello, mejorar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica y fundamentar la planificación y la evaluación de proyectos en base a ello, puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud y seguridad de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos.

Este hecho motivó la puesta en marcha desde el SACYL (Sanidad de Castilla y León), en el año 2008, del programa de “**Mejora de la Adherencia Terapéutica en el Anciano Polimedcado**” desarrollado por los Equipos de Atención Primaria (AP), como estrategia para mejorar la adherencia en aquellos pacientes con mayor probabilidad de presentar dificultades.

Sin embargo, dada la complejidad del problema y los múltiples factores que influyen en la falta de adherencia (3), apostar por la adherencia requiere un enfoque multidisciplinar basado en la acción coordinada de los profesionales de la salud y los planificadores de políticas sanitarias, que integre la participación de todos los profesionales sanitarios relacionados con el paciente. Las farmacias constituyen un entorno adecuado para reforzar los mensajes que se dan a los pacientes desde el Centro de Salud, por lo que su participación en programas de mejora de adherencia venía siendo un hecho ya, en otros modelos Sanitarios, como el británico o el canadiense, siendo Madrid, la comunidad pionera en España de este tipo de programa¹.

En el año 2009 se planteó en Castilla y León (CyL) la necesidad de incorporar a los farmacéuticos comunitarios a las actividades de la mejora de la adherencia. De este modo, a iniciativa del CONCYL –Consejo de Colegios Profesionales de CyL-, surge el programa **ADCOM** (Adherencia y Compromiso con la Medicación), dirigida a mayores

¹ Dato referido por la representante de la Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional



de 65 años polimedicados, que termina integrándose en el **2011** al programa iniciado por el SACYL para culminar en el vigente “**Programa de Atención al Paciente Polimedicado**” (4), estableciendo un marco integrador de las actividades de los profesionales sanitarios, donde se articulaba la participación de las farmacias en el Programa de mejora de la adherencia en coordinación con los profesionales de AP.

La incorporación voluntaria de las farmacias comienza en el año 2012 con la idea de realizarse de forma progresiva hasta su completa **implantación** en todo el Área, según el cronograma acordado entre las Gerencias de Atención Primaria y los correspondientes Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las distintas provincias.

Dos años después de iniciarse la implantación del Programa, el desconocimiento de su impacto en la adherencia de los pacientes sugería la necesidad de llevar a cabo un estudio que permitiera evaluar sus resultados. Para ello, nuestra primera intención fue comparar el grado de adherencia antes y después de la intervención farmacéutica en aquellos pacientes derivados por las profesionales de enfermería a las farmacias adheridas en el ámbito de las dos ZBS de elección. Sin embargo, en nuestra primera aproximación a las oficinas de farmacia, constatamos que la derivación de pacientes desde AP se había frenado hacía más de un año, y existían diferentes criterios de derivación, lo que nos hizo desestimar el propósito inicial.

Decidimos entonces profundizar en las razones que habían llevado al estancamiento que reflejaba la situación actual, y orientar nuestro estudio a detectar cuáles habían sido las dificultades surgidas desde ambos campos profesionales para el asentamiento de un Programa que, a priori, parecía ofrecer claros beneficios a favor de la adherencia en los pacientes polimedicados, abriendo además nuevas vías para la colaboración interprofesional.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA



La OMS define la **adherencia** como “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (1).

Frente al concepto de cumplimiento, la adherencia supone implicación del paciente y conformidad con el tratamiento (5). Este término nace de un cambio conceptual en cuyo contexto, los valores y conocimientos del paciente tienen un rol central y deben considerarse y respetarse dentro del marco de la relación profesional, dejando así de ser considerado mero cumplidor de las prescripciones médicas para incorporar un aspecto activo de implicación en su propio cuidado, con base en las necesidades definidas por él mismo y sus creencias en Salud (6).

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE LA NO ADHERENCIA

La falta de adherencia en los tratamientos de enfermedades crónicas es un problema de primera magnitud que se sitúa entre el 30 y el 70% en los países desarrollados (4). Esto se traduce en un deterioro de la calidad de vida del paciente y un desaprovechamiento importante de los recursos y servicios sanitarios disponibles. Se estima que la interrupción o abandono de una terapia encarecen al menos un 20% los costos de la salud pública (7).

Por otro lado, la polimedicación favorece la aparición de olvidos, confusiones, reacciones adversas e interacciones que dificultan el cumplimiento del tratamiento y reducen su efectividad, con el resultado no deseado de aumentar el número de consultas e ingresos hospitalarios por acontecimientos adversos asociados a los fármacos (7-8). (En el estudio de Gallgher et al. se ha observado que los pacientes que toman dos fármacos tienen un riesgo del 13% de sufrir interacciones o efectos adversos; se incrementa a un 38%, cuando toman cuatro fármacos y a un 82% con siete o más medicamentos (9,10)).

Sólo el 35% de los mayores de 75 años que están polimedificados toman de forma correcta los fármacos; uno de cada tres ingresos en el servicio de urgencias de un hospital está relacionado con un problema con los medicamentos y se considera que



entre 15.000 y 20.000 muertes anuales se relacionan con una falta de adherencia a los tratamientos (7,8)

Según la Organización de Naciones Unidas, se prevé que en el 2050 España se convierta en el país más envejecido del mundo y es preciso tomar conciencia de que el envejecimiento del individuo ocasiona un aumento de la morbilidad, de forma que la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades son superiores a los que se presentan en otras etapas de la vida, lo que origina un aumento de la utilidad de los recursos sanitarios y un mayor consumo de fármacos en comparación con el resto de la población (11).

En Castilla y León, según datos publicados por la Consejería, el 7% de la población está polimeditada (12) (175.000 personas). En Valladolid esta población asciende a 31.864 personas².

Por otro lado, la población mayor de 65 años en España supera el 17% mientras que en Castilla y León aumenta hasta el 21% (13). El consumo diario medio por anciano oscila entre 2-3 medicamentos y más del 75% supera los cinco medicamentos consumidos de forma crónica, entre un tercio y la mitad de los tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico (14).

2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Para poder diseñar y reorientar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia es preciso conocer los determinantes que actúan sobre ella. La AT, como fenómeno multidimensional, está determinada por la interacción de los siguientes factores:

2.3.1 FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Como son el reducido nivel de recursos y educativo, el analfabetismo y falta de redes de apoyo social y la disfunción familiar o condiciones de vida inestable.

2.3.2 FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO O EL SISTEMA SANITARIO

² Dato referido por la representante Farmacéutica de AP Valladolid-Este



Esencialmente instrucciones poco claras, comunicación deficiente entre prescriptor y paciente, dosis inadecuadas, falta de adiestramiento y sensibilización del personal sanitario acerca del problema de la adherencia y la duración de las consultas, que limita la capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento.

2.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Como la patología múltiple, el grado de discapacidad, los efectos adversos o secundarios, la depresión, y otras formas de comorbilidad no diagnosticadas.

2.3.4 FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Como la polimedicación, la complejidad del régimen terapéutico, los cambios frecuentes y duración de los tratamientos

2.3.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

- **No intencionada:** Suelen deberse a la falta de comprensión de las instrucciones médicas, olvidos o falta de memoria, falta de habilidades o destrezas en el manejo del tratamiento y las dificultades derivadas de cambios de presentación
- **Intencionada:** Principalmente la ausencia de necesidad percibida del medicamento, o el temor a la dependencia, bajas expectativas del paciente respecto a la eficacia del tratamiento, la inquietud acerca de los efectos adversos y colaterales y las creencias negativas acerca de los medicamentos en general.

2.4 PROGRAMA DE MEJORA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE POLIMEDICADO



El Programa de Mejora de la Adherencia Terapéutica en el paciente Polimedicado impulsado desde el SACYL, surge dentro del concepto de abordaje multidisciplinar de



la AT, y está dirigido a pacientes de cualquier edad que toman cinco o más medicamentos diferentes, de forma crónica o habitual, o sus cuidadores.

Tiene como **objetivos** promover la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes captados previamente por el equipo de AP, incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos aumentando el conocimiento del paciente sobre su medicación y responsabilizándole sobre el papel que tiene en su propio tratamiento.

Para conseguirlo, establece la realización de actividades coordinadas entre los profesionales de AP y los farmacéuticos comunitarios (4), buscando identificar conductas negativas en la adherencia y tratando después de dar solución conjunta a los impedimentos que interfieren con el adecuado cumplimiento del plan terapéutico con la transmisión de mensajes homogéneos y coherentes.

Para la **difusión e implantación** del programa en enero del 2013, tuvo lugar una reunión conjunta en los Centros de salud de los coordinadores con todos los profesionales del equipo y los farmacéuticos de las oficinas de su Zona, junto a los responsables del programa en AP Valladolid-Este, donde se establecía el **circuito de actuación**: Desde los CdS, los profesionales de AP debían explicar a este colectivo de pacientes de la actuación coordinada que se iba a realizar con las farmacias, insistiendo en la importancia de llevar la Hoja de Medicación, que se entregaría por duplicado, proporcionando además orientación a la farmacia sobre los aspectos en los que convendría reforzar la información.

El papel de las oficinas de farmacia se centraría en informar al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos y ofrecer consejo breve apropiado, verificar el conocimiento del paciente sobre su tratamiento (test de conocimientos y habilidades), incorporando el refuerzo de las conductas correctas e incidiendo en las negativas, adhesión de pictogramas y escalado a los profesionales de las incidencias relevantes.

Posología	Desayuno	Comida	Cena	Al acostarse
Pictograma	 Desayuno	 Comida	 Cena	 Al acostarse

El esquema de actuación que recoge las intervenciones del farmacéutico sería:



2.4.1 COBERTURA DEL PROGRAMA

Según los datos facilitados por la Representante Farmacéutica de Área Valladolid-Este, la cobertura actual de pacientes incluidos en el Programa de Atención al Paciente Polimedocado, en relación a las Oficinas de Farmacia y ZBS se estructura así:

- Castilla y León cuenta con 974 farmacias adheridas al Programa de forma voluntaria de un total de 1600 y 4.352 pacientes derivados por AP de un total de 175 ZBS. La implantación del Programa ha finalizado en las Provincias de León, Ávila, Segovia y Soria y en el resto o no se ha iniciado o es incompleta. En Valladolid se comenzó por las zonas rurales y en el momento presente se ha terminado en la Zona Oeste y sigue ampliándose al resto de la capital, 112 Oficinas de farmacia adheridas.
- En Valladolid hay 203 farmacias adheridas respecto de 320 totales, con un recuento de 1.231 pacientes derivados desde sus 41 ZBS.
- En el Área Oeste la implantación se ha completado en sus 16 ZBS.



- La implantación no ha finalizado en el Área Valladolid-Este, donde las cifras son: 24 ZBS y 665 pacientes derivados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evidenciar las dificultades encontradas en el asentamiento (implantación y desarrollo), del Programa de Mejora de la Adherencia Terapéutica desde la doble perspectiva, farmacéutica y de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, en dos Zonas Básicas de Salud del Área Valladolid Este

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el grado de participación y compromiso con el Programa desde los estamentos enfermero y farmacéutico, en nuestro radio de estudio
- Valorar el grado de satisfacción de los actores implicados en la implementación y desarrollo del Programa
- Proponer iniciativas que sirvan de oportunidad de mejora de los resultados.

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se plantea como un análisis descriptivo transversal, de carácter observacional y retrospectivo, dentro de la investigación cualitativa.

Con la finalidad de controlar el sesgo personal de los investigadores y aumentar la fortaleza y calidad del estudio, hemos utilizado la triangulación, tanto de los datos como de los observadores. Con la primera pretendemos asegurar una mejor aproximación al



problema y con la segunda, disminuir el sesgo potencial que podría inferirse de la percepción e interpretación unipersonal y propiciar una mayor confiabilidad en las observaciones recogidas.

La autorización para llevar adelante este estudio fue solicitada a la Representante farmacéutica del Área Valladolid-Este.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio ha sido realizado en dos Zonas Básicas de Salud urbanas, pertenecientes a la ciudad de Valladolid; la zona de San Isidro – Pajarillos cuyo centro de salud es Tórtola con una población total de 15.347 personas y la zona de Circunvalación, cuyo centro de salud se denomina de la misma forma y que abarca una población total de 14.464 personas.

4.3 DISEÑO DE ESTUDIO Y PARTICIPANTES

4.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se planteó a través de la realización de entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, ideadas para recabar información directa de la visión de los profesionales implicados en el programa, así como la de los responsables de su implantación, coordinación y puesta en marcha.

Los datos de partida proporcionados por la Farmacéutica de Área Valladolid-Este al inicio del estudio, fueron el número de pacientes derivados a las farmacias de las dos zonas básicas de salud incluidas en el estudio (un total de 57 pacientes) y el número de farmacias adheridas al programa que remitían datos del seguimiento de estos pacientes (6 farmacias), cuyas direcciones y titulares a cargo, nos fueron así mismo facilitados.

4.3.2 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

En la elección de los participantes, hemos buscado la mayor representatividad posible, desde los profesionales en contacto directo con los pacientes, hasta los estamentos



superiores de la Administración a nivel provincial y autonómico, responsables tanto de la supervisión como del desarrollo e implantación del Programa a estudio.

- Los titulares de seis Oficinas de Farmacia acogidas al Programa y receptores de pacientes derivados procedentes de las Zonas Básicas de Salud a estudio
- Representantes de los Colegios de Farmacéuticos provincial y autonómico
- Catorce enfermeras pertenecientes a las dos ZBS a estudio
- Representante Farmacéutica de Área Este de la Gerencia de Atención Primaria en Valladolid y representante de la Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional.

4.3.3 TRABAJO DE CAMPO

El abordaje a las oficinas de farmacia se llevó a cabo sin cita previa, escogiendo las horas de final de jornada, bien de mañana o de tarde, con la idea de entorpecer lo menos posible su trabajo y minimizar el número de interrupciones en el transcurso de las entrevistas que planteamos. Las entrevistas a las enfermeras de ambos Centros de Salud también se realizaron en los momentos disponibles, anteriores o posteriores al comienzo de la consulta o durante los tiempos de descanso. El registro de las respuestas en todos los casos fue efectuado separadamente por la autora del estudio y la tutora del mismo, con la finalidad de evitar el sesgo potencial de un sólo observador. Las entrevistas al Colegio de farmacéuticos y representantes farmacéuticas del SACYL fueron concertadas mediante cita previa. Una vez finalizado el trabajo de campo, se realizó una puesta en común del registro de los resultados obtenidos para comprobar y asegurar la coherencia y exactitud de las observaciones recogidas.

5 RESULTADOS

5.1 FASE I. ABORDAJE AL SECTOR FARMACÉUTICO

El estudio se inicia con la acometida a las seis oficinas de farmacia adheridas. Los resultados preliminares sirvieron de punto de partida para estructurar las preguntas que



posteriormente se llevarían a la entrevista concertada con las Coordinadoras a nivel Provincial y Autonómico de los Colegios Farmacéuticos, con objeto de contrastar las impresiones recogidas en las Oficinas de farmacia visitadas.

5.1.1 RESULTADOS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

- ▶ En relación a la pregunta formulada sobre el número de pacientes que le habían sido derivados desde AP, la cifra oscilaba en torno a los 3-4 hasta un máximo de 18 pacientes. En aquellos casos en que la derivación de pacientes era mayor, nos referían que los pacientes presentaban un buen conocimiento de su medicación por lo que se consideraban erróneamente incluidos en el programa. En otras ocasiones detectaban o conocían pacientes merecedores de ser incluidos en el programa y que no participaban de él, sin embargo no tenían reconocida facultad para su captación. En general, todas las oficinas de farmacia coincidían en que esperaban una mayor afluencia de pacientes.
- ▶ En cuanto a la derivación de los pacientes en el tiempo, se había detectado una afluencia importante en el primer trimestre tras la implantación del Programa y posteriormente un espaciamiento muy significativo llegando a su paralización, de tal modo que sólo encontramos un caso aislado de derivación fuera del periodo enero-abril del 2013, llegando a cuestionarse la vigencia del programa.
- ▶ Las opiniones acerca de los motivos barajaban desde la posibilidad de que el paciente no hubiera comprendido las instrucciones ofrecidas en el centro de salud o desestimaran el seguimiento, o la falta de nuevas reuniones que sirvieran de recordatorio y dinamización el programa, hasta sospechas de que estuviesen siendo dirigidos intencionadamente a otras farmacias en detrimento de la libre competencia
- ▶ En todos los casos se destacó que las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia se venían ofreciendo desde siempre, en base a su vocación de servicio al cliente. Los principales incentivos manifestados por los titulares de las farmacias para su adhesión voluntaria al programa, fueron la estandarización y registro formalizado de su trabajo, la mejora en la comunicación interprofesional y la fidelización del paciente.
- ▶ La estimación de la relevancia de su colaboración en la mejora de la AT fue considerada en todos los casos muy significativa, por la accesibilidad de sus establecimientos, el conocimiento y el vínculo de confianza que mantienen



especialmente con el paciente crónico a lo largo del tiempo. Este hecho permite al farmacéutico detectar problemas en relación con la medicación dispensada y falta de adherencia ya que el paciente no acusa la situación de estrés y bloqueo que en ocasiones les produce la entrevista con los profesionales sanitarios (“síndrome de bata blanca”) y se atreven a preguntar más.

► El tiempo invertido con los pacientes adheridos al programa lo consideraban asumible (entre 15-45’ en la primera entrevista) y posteriormente en el momento de la dispensación en las sucesivas visitas y en ningún caso consideraban necesario asumir un techo en la derivación, por no significar una repercusión negativa o limitante en su labor y considerarlo parte consustancial de su trabajo.

► No se había dado el caso de verse en la obligación de comunicar incidencias más que en uno de los pacientes adheridos. La vía de comunicación de elección general para todos era el teléfono, por delante de la comunicación escrita, menos inmediata, aunque fuera la opción prevista por los impulsores del programa.

► Los mayores refuerzos estaban en relación a los problemas que había generado el cambio a genéricos (“muchos de los pacientes polimedicados se guían por el color de las cajas o las pastillas, se quejan de que todas las cajas de genéricos les parecen iguales”) y al cuándo tomar la medicación. La adhesión sistemática de los pictogramas facilitados por el Colegio de farmacéuticos, tenía relativa funcionalidad, dado que seguían mostrando preferencia por la escritura a mano en letras grandes (o utilización de la fórmula De-Co-Ce), “los ancianos no entienden las etiquetas”.

► El bajo perfil sociocultural también era señalado como factor determinante en muchos de los casos de no adherencia “no interiorizan la información”. Para ellos, la mejor opción era el Sistema Personal de Dosificación (SPD), dentro de una nueva campaña promocional impulsada por el CONCYL (“el seguimiento de los pacientes que lleva implícito el programa nos ha servido para saber a quién ofrecérselo”).

► La entrada en vigor del copago farmacéutico, aún en los casos que representa poco dinero, ha derivado en casos donde se prescinde o se toman dosis menores de aquellos que consideran menos indispensables (analgésicos y de control del colesterol).

► En los pacientes en la creencia de que los medicamentos les hacían daño o que tomaban demasiados el refuerzo no consiguió modificar la conducta y no volvían tras la primera entrevista, “seguir el programa me llevó a perder al cliente”.



► En respuesta a la repercusión de la puesta en marcha de la tarjeta electrónica, en general la impresión era que como herramienta asociaba ventajas a la hora de controlar la retirada de medicamentos y así ayudar a evidenciar defectos en la adherencia. La mayor preocupación manifestada era encontrar defectos de actualización y la imposibilidad de adelantar recetas, así como no poder atender a la dispensación en caso de presentarse problemas en el sistema informático.

► Finalmente, el balance general en relación al grado de satisfacción con el programa, fue de fracaso. Manifestaron sentirse defraudados respecto a las expectativas iniciales, porque sentían que era una iniciativa que abría vías de comunicación con los profesionales sanitarios que consideraban muy positivas de cara a resolver incidencias detectadas en los pacientes, pero la percepción mayoritaria era de que el programa había sido olvidado o aparcado.

5.1.2 RESULTADOS DE LOS REPRESENTANTES DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS

► El desarrollo del programa no había sido homogéneo en todas las Zonas Básicas de Salud, encontrando que unas derivan mucho más que otras (en nuestro caso, Circunvalación había derivado más que Pajarillos-San Isidro). En algunas provincias en las que ha finalizado la fase de implantación, no se ha derivado a ningún paciente. En buena medida depende de cómo se impliquen los coordinadores de cada centro de salud y también depende del personal, hay profesionales muy dispuestos y otros poco o nada “algunos alegan que tienen mucho trabajo”. “Ahí el farmacéutico puede hacer poco”. Este problema detectado se ha trasladado a los Gerentes de SACYL, pero de momento no se ha puesto en marcha ninguna medida que dinamice el programa.

► Trimestralmente, desde las oficinas de farmacia se escalan los datos relativos al seguimiento de los pacientes intervenidos. Las farmacias también recogen múltiples datos epidemiológicos y de perfil de los pacientes, como especialidades dispensadas, enfermedades y alergias, otros tratamientos activos, incidencias y detección de problemas relacionados con la medicación o resultados negativos derivados. A partir de ellos, se elaboran indicadores terapéutico y estadísticos..

► La evaluación de los datos se lleva a cabo de manera independiente en el SACYL y en el CONCYL y en ningún momento se han cruzado los datos.



- ▶ El programa se emprendió con muchas expectativas de cara a la integración de los farmacéuticos dentro del Sistema Sanitario y muy buena disposición en general a participar en el Programa (“somos los primeros que apostamos por el uso racional del medicamento y evitar sobrecargas innecesarias al Sistema Sanitario”).
- ▶ Para poder recibir la certificación de Oficina Adherida al programa, se exige firmar el compromiso de confidencialidad de los datos y además haber realizado un curso formativo específico online dirigido exclusivamente a farmacéuticos titulados.
- ▶ Los beneficios que propiciaba la puesta en marcha del programa se esperaban sobre todo a nivel de los pacientes. Los farmacéuticos venían haciendo el seguimiento de manera informal, no existía un protocolo normalizado de trabajo. También se pretendía mejorar la comunicación especialmente con los médicos de AP, resolviendo dudas en torno a interacciones y duplicidades. La fidelización también es otro de los objetivos, dado que la adhesión de las farmacias al programa es voluntaria y el tiempo de trabajo dedicado no tiene otra contraprestación que ésta.
- ▶ La colaboración farmacéutica en la mejora de la adherencia del paciente polimedcado se asienta en la accesibilidad, un tipo de relación menos subordinada y de mayor confianza, así como en menores restricciones de tiempo de intervención.
- ▶ No manejan tiempos promedios de permanencia en el programa ni resultados de mejora en el cumplimiento terapéutico. Para conseguir estimaciones fiables haría falta cruzar sus resultados con los de AP, pero en la explotación de los datos funcionan como compartimentos estancos. Lo ideal sería disponer de una base de datos única que permitiera confrontar cuántos de los pacientes derivados de AP llegan verdaderamente a las farmacias y conocer su evolución desde el principio hasta el final. Esa es la siguiente fase de negociación, pero de momento no hay disposición a ello.
- ▶ En relación al grado de satisfacción con el programa, ellos recogen aleatoriamente la satisfacción de las farmacias en algunos trimestres. En general existe descontento y sensación de no impulsarse lo suficiente. Además, señalan que inicialmente encontraron mucha oposición por parte del colectivo enfermero, porque en vez de considerarlo en la dirección de aunar esfuerzos, lo interpretaron en clave de intrusismo profesional. Desde el Colegio de farmacéuticos se ofrecieron a dar charlas informativas y más reuniones conjuntas, pero se desestimó. También han la captación inversa de los pacientes no adherentes desde las farmacias hacia los centros de AP, como ocurre en



otras CCAA, pero han obtenido una negativa desde la Consejería, alegando que la derivación debe hacerse a criterio médico.

- ▶ También se han recibido quejas de los farmacéuticos en algunas capitales de provincia por inducir al cambio de farmacia a los pacientes para su seguimiento.
- ▶ En relación al Sistema Personal de Dosificación, confían en poder demostrar que es un beneficio para el Programa y justificar su financiación, tal como se viene haciendo ya en Madrid o el País Vasco.
- ▶ En cuanto a la implantación de la tarjeta electrónica, está prevista para comienzos de año y será el SACYL quien facilite las tarjetas a los usuarios. Va a tener ventajas para la adherencia porque permitirá comprobar qué medicamentos tiene pendientes de dispensación y con qué cadencia los retira el paciente. Los cambios de dosis o tratamiento que introduzca el médico se actualizarán automáticamente en la tarjeta evitando errores por olvido de informarlo o falta de remisión de la nueva Hoja de Medicación. Además el paciente no necesitará acudir al centro de salud a por sus recetas repercutiendo en una menor congestión de las consultas. Como inconvenientes, el acceso a la medicación o gestión de las incidencias solo podrá efectuarse con el paciente delante y estará restringido a los medicamentos pendientes de dispensación. Además la tarjeta solo será válida en nuestra Comunidad; de momento no están previstas negociaciones para extender su validez al conjunto del territorio Nacional.

5.2 FASE II. ABORDAJE AL SECTOR ATENCIÓN PRIMARIA

Con el esquema de las cuestiones recogidas más relevantes para nuestro estudio, adaptamos el contenido de las entrevistas en el abordaje del colectivo enfermero para dar respuesta a los interrogantes surgidos en las entrevistas con los titulares de farmacia, ayudar a determinar el grado de implicación con el Programa y arrojar una visión bidireccional que explicase la situación de falta de derivación en el ámbito de estudio.

La información recabada justificó posteriormente el concierto de dos entrevistas, por un lado con la farmacéutica de Área de la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este y por otro, con la Coordinadora del Servicio de Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional, responsable de la implantación del Programa desde el SACYL. El objeto de sendas entrevistas era conocer si las conclusiones de nuestro estudio



transcendían el ámbito local y encontraban refrendo en el diagnóstico de la situación percibida acerca del alcance o impacto global del programa en el conjunto de la Comunidad Autónoma, así como determinar la dirección que regía los esfuerzos del futuro inmediato en el marco de la adherencia terapéutica, desde la Consejería de Sanidad.

5.2.1 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS AL COLECTIVO ENFERMERO

- ▶ A excepción de una de las enfermeras entrevistadas, todas conocían el Programa de Mejora de la Adherencia al Paciente Polimedocado por asistencia directa a la reunión.
- ▶ En cuanto a la pregunta sobre el número de pacientes derivados a la farmacia, en ocho de los casos la derivación no superaba los 3 pacientes y solo en dos casos se superaron los 50 pacientes. Cuatro de las catorce enfermeras no habían derivado a ningún paciente a las farmacias, bien por entender que la responsabilidad del seguimiento es exclusiva de la labor de enfermería o por no considerarlo práctico (“lleva más tiempo explicar el programa que llevar a cabo el refuerzo por ti misma”).
- ▶ La fecha del último paciente derivado excedía el año, en todos los casos, excepto en uno. Esta situación se justifica en base al olvido o desconocimiento de las enfermeras de nueva incorporación, (“no se ha promocionado ni se han propuesto más reuniones que sirvieran para recordar el programa o insistir en la sensibilización al problema”), en la presión asistencial (“se precisa concertar citas programadas para informar al paciente, las consultas muchas veces se comparten y no puedes extenderte”), y la sobrecarga de programas que deben atender (“aunque están dirigidos a la unidad asistencial médico-enfermera, al final es sobre nosotras sobre quienes recae todo ese trabajo, aunque el reconocimiento se reparta o se lo lleven ellos”). Otras opiniones manifestaban abiertamente la percepción del interés económico que advertían detrás del ofrecimiento a la colaboración farmacéutica (problemas con la “pérdida” de recetas, su adelanto, “nos dimos cuenta de que no colaboraban, les interesaba más el consumo de medicamentos que promover la adherencia, nos reunimos y decidimos dejar de derivar”).
- ▶ En referencia a la comunicación de incidencias desde las farmacias, solo una persona afirmó haber recibido notificación de un caso de duplicidad, a través de una nota.



- ▶ Solo una de las entrevistadas se había ajustado al perfil de la población diana prevista por el programa (todos los polimedicados consumidores de más de 5 medicamentos de forma crónica). La decisión de derivar se circunscribía mayoritariamente a aquellos pacientes polimedicados que presentaban mayor torpeza por cuestiones de bajo nivel cultural o analfabetismo, los que no conseguían una buena adherencia pese a las intervenciones de la enfermera y los que manifestaban mucha confusión con los genéricos. En menor medida por déficits cognitivos, de memoria o sensoriales, casos de falta de adherencia intencionados e incluso de orden social (alcoholismo) y económico (“la farmacia se los adelanta y les van pagando cuando cobran la pensión”).
- ▶ En cuanto a la aportación de la figura del farmacéutico a favor de la adherencia en los pacientes polimedicados, el mayor acuerdo se daba en torno al refuerzo en el momento de la dispensación identificando las cajas con los nombres de los medicamentos, apuntando o bien usando los pictogramas e intervenciones dirigidas a resolver dudas con los genéricos o facilitarles siempre cajas de los mismos laboratorios o el equivalente más parecido. En menor medida, señalaron también el apoyo en la posología, las indicaciones y forma de utilización correcta, así como la colaboración para evitar errores y problemas de sobremedicación. Tres de las entrevistadas manifestaron que la aportación debía limitarse a pequeñas dudas, no a un apoyo sanitario. En un caso se apuntó que colaboraban poco en el refuerzo y ahora solo les interesa extender el SPD para sacarle un beneficio económico al programa.
- ▶ Los mayores puntos de conflicto señalados fueron el adelanto de medicación por parte de los farmacéuticos, en ocasiones no prescrita, o favoreciendo que se produjera un abuso en el consumo de cierto grupo de fármacos, que después creaba en la consulta situaciones de enfrentamiento innecesarios con los pacientes, que llegan reclamando la receta. En este mismo sentido dos personas constataban además comprobar que a menudo les adelantaban solo medio blíster o pastillas sueltas y después al entregar la receta aparecían los desfases (“van al negocio”).
- ▶ Otro de los problemas más enfatizados parece ser la cuestión de los cambios de dispensación de genéricos en base a los acuerdos alcanzados con los laboratorios, perjudicando con ello a muchos pacientes que solo consiguen guiarse por las cajas, colores y formas de las presentaciones.



- ▶ También hicieron notar la confusión que generaba en los pacientes recibir información en distinto sentido al suyo, juzgando o poniendo en duda el criterio de prescripción o llegando incluso a inducir al paciente a creer que si no se le prescribe cierta presentación o medicamento a su juicio conveniente, es porque no se quiere.
- ▶ En cuanto a la introducción de la tarjeta electrónica, las opiniones estaban divididas entre quienes consideraban que con ella se perdía oportunidad de seguimiento en el paciente crónico (“las recetas sirven de gancho para acudir a la consulta de enfermería”) y quienes al contrario, sentían que les iba a redundar en una mayor calidad de su trabajo, descongestionando las consultas y permitiéndoles invertir el tiempo de consulta en educación sanitaria y otras actividades de enfermería, como el refuerzo de la adherencia. Cinco de las entrevistadas manifestaron preocupación por la cuestión de la falta de pulcritud con que a menudo trabajan los médicos en relación a la actualización del registro frente a los cambios de pauta o dosis, que con frecuencia se dan de palabra. La enfermera es en muchos casos quién se encarga de hacer las modificaciones, cuando se da cuenta o se lo dice el paciente. También se expresaron algunos celos (“a los farmacéuticos les viene muy bien encargarse ellos solos de las recetas”).
- ▶ Finalmente la valoración general que hacían del programa como iniciativa era buena, con aspectos positivos que venían a mejorar la comunicación interprofesional y ofrecía ventajas de cara a aminorar la presión asistencial. Sin embargo la sensación percibida respecto a la eficacia demostrada en la práctica es de desencanto (“no ha cuajado”), con demostración de desencanto casi unánime (“prometía mayor flujo de comunicación”), acusan falta de retroalimentación e información de resultados (“les mandas y nadie vuelve a informarte de nada”) y falta de propuestas de objetivos de captación, como los que se dieron con el anterior programa, en los que se cobraba un complemento de productividad variable (“la crisis no ayuda”).

5.2.2 RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS CON LA FARMAÉUTICA DE AREA Y LA FARMACÉUTICA DE LA GERENCIA TERRITORIAL.

- ▶ Empezamos interesándonos en los datos previos a la implantación del programa en relación a pacientes no adherentes, porcentaje de pacientes polimedcados y costes que puede suponer el problema de la falta de adherencia y el ahorro estimado tras la



implantación del programa. Ambas representantes coincidieron en que solo existían aproximaciones generales a nivel nacional. Estas carencias han supuesto una limitación a la hora de establecer objetivos de mejora del cumplimiento terapéutico, pues los registros que permite el módulo de AT dentro del programa Medora, son insuficientes para llevar a cabo una evaluación rigurosa basada en estándares de calidad.

Por otro lado, el objetivo del programa no era ahorrar en recursos sanitarios, solo se planteaba el beneficio del paciente y mejorar la colaboración y coordinación entre los distintos colectivos profesionales en el sentido de favorecer la AT.

► El programa piloto se puso en marcha en Segovia y los problemas que se fueron detectando se suavizaron en las reuniones de presentación del programa en los distintos Centros de Salud (“desde entonces no se han recibido quejas formales por conflictos de intereses ni de afectación a la libre competencia”). Toda la formación y material corrió a cargo del Colegio de Farmacéuticos La implantación, que ha supuesto un enorme esfuerzo de coordinación para informar a todos los profesionales de cada área sanitaria, debería haber finalizado el año pasado, pero en muchas zonas se encontraron obstáculos insalvables para la progresión de carácter estructural, de recursos y de colaboración bidireccional (“es muy difícil conciliar intereses Públicos y privados”).

► En su departamento son conscientes de la falta de derivación que se está produciendo. Se piensa que el colectivo enfermero aún no llega a creerse los beneficios de la colaboración farmacéutica, que puede ser muy valiosa, en cuanto que el farmacéutico tiene integrado por su formación, un conocimiento mucho mayor de todo lo que rodea al medicamento, sus interacciones y potenciales efectos.

► La asimetría en la derivación de unos centros de salud a otros se asienta en la mayor o menor implicación y sensibilización con el Programa, especialmente por parte de las profesionales de enfermería. De momento no se ha tomado ninguna medida al respecto. El programa ha venido en un momento muy malo de crisis económica, no hay sustitutos y el margen de trabajo es pequeño por la sobrecarga de las consultas.

► No manejan Indicadores de las características relativas a los pacientes incluidos en el programa ni del tiempo promedio que lo siguen, solo el número de pacientes derivados.

► En relación a la percepción que en ocasiones se tiene en las farmacias acerca de la incorrecta derivación deja en evidencia que existe una confusión. El programa incluye a



cualquier polimeditado que tome cinco o más medicamentos, para la verificación sistemática del seguimiento de la adherencia.

► No se promueve la captación desde las farmacias porque supondría crear más demanda asistencial y precisamente se trata de no generar demanda inversa y sobrecargas en las consultas de AP

► De momento no se ha preguntado sobre el grado de satisfacción con el programa a los profesionales médicos y enfermeros, pero en general conocen que es desmoralizante. No ha tenido el impacto previsto, aunque la propuesta era buena. No hay flujo de comunicación entre los profesionales de ambos sectores. La representante territorial se refiere a la existencia de una confrontación entre profesionales por la visión de negocio que se tiene de las farmacias frente a lo público, que actúa bajo otros criterios y objetivos. El menos implicado en estos problemas es el farmacéutico, que voluntariamente se ofrece a participar.

► La instauración de la tarjeta electrónica puede ayudar a desburocratizar las consultas y dedicar más tiempo a la supervisión terapéutica. La prioridad del momento actual para la representante territorial se centra en la revisión del plan terapéutico por parte del médico, que hasta ahora no siempre se venía implicando todo lo deseable en el registro y revisión de dosis con la enfermera. Donde más se va a incidir es que la pauta de medicación esté siempre actualizada y refleje además las prescripciones de los especialistas, mediante Historias informatizadas en común.

► Respecto de la financiación de los SPD, la representante territorial afirmó no estar prevista (“existen otras prioridades”). Así mismo, manifestó la esperanza de que la Estrategia del Crónico signifique un nuevo impulso al Programa.

6 DISCUSIÓN

Como primera constatación, observamos que el vigente Programa de Mejora de la Adherencia Terapéutica en el Paciente Polimeditado, puesto en marcha hace dos años, se encuentra actualmente estancado en nuestro ámbito de estudio, habiendo dejado de remitirse pacientes a las farmacias a partir del cuarto mes de implantación.



Finalizado el tratamiento de los datos, pudimos establecer que existía una interpretación errónea por parte de los profesionales de AP respecto de la población diana (15) a la que se dirigía el programa, susceptible de seguimiento desde las farmacias. En la mayoría de los casos se derivaron aquellos pacientes polimedcados que a pesar de la intervención de la enfermera necesitaba un mayor refuerzo para cumplir con su adherencia.

Todos los profesionales consideraban el Programa como una buena iniciativa, sin embargo la percepción de fracaso es general. La falta de fluidez y retroalimentación en la comunicación que era uno de los objetivos más buscados ha sido echada en falta en ambos sentidos. En experiencias en las que ha habido una buena comunicación los programas de adherencia han tenido una mejora significativa (16,17,18)

Desde el sector farmacéutico, la voluntad de contribución mostrada fue buena y sienten que por su preparación, accesibilidad y vínculo de confianza con el paciente, tienen mucho que aportar en la mejora de la Adherencia (19). Actualmente están poniendo en marcha los SPD, servicio remunerado dirigido a la mejora del incumplimiento terapéutico en los pacientes polimedcados, cuyas pegatinas identificativas están pasando a ocupar el sitio de las que hasta hace muy poco identificaban el establecimiento como adherido al Programa de la mejora de Adherencia.

La falta de confianza expresada por muchas de las enfermeras entrevistadas, se encamina a que los mensajes ofrecidos a los pacientes por parte de los farmacéuticos, generan a menudo confusión y conflicto con las pautas dadas desde AP (conflicto de competencias), lo que pone de manifiesto la falta de comunicación junto a la dificultad expresada por los responsables de gestión, de conciliar intereses públicos y privados. En ese sentido cabe destacar la tendencia en otros países a que los farmacéuticos asuman tareas que van más allá de la dispensación de medicamento, reclamando ampliaciones de competencias en el seguimiento farmacoterapéutico, como ya se refleja desde la plataforma del programa CONSIGUE, basado en la actual política sanitaria del Gobierno (20).

Por otro lado, para los gestores del Programa, la continuidad en la implantación ha pasado a segundo plano, pasando a convertirse en prioridad la supervisión y exigencia de cumplimiento por parte del médico de la revisión del plan terapéutico y de dosis con



la enfermera, de tal forma que pueda garantizarse la óptima funcionalidad de la tarjeta electrónica cuya puesta en marcha está prevista para finales de año.

Ante la falta de datos previos sobre la adherencia en los pacientes, no hemos podido llevar a cabo en el estudio la eficacia de la intervención realizada por la farmacia en el paciente no adherente. Por ello, sugerimos como proyecto de futuro de nuevas investigaciones la realización de la evaluación de la adherencia en los pacientes tras ser intervenidos por mediación de los farmacéuticos, siguiendo modelos ya experimentados en otros países. En este sentido destacamos los trabajos de revisión realizados en 2005 por Cooper (21) y en 2009 por Banning (22)

7 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS A FUTURO

- El programa es percibido mayoritariamente como un fracaso por todos los profesionales que han participado del estudio y la sensación general es de desencanto frente a las expectativas previas. Se dejaron de remitir pacientes a las oficinas de farmacia a partir del cuarto mes de la implantación en las dos ZBS a estudio
- Las barreras principales para el asentamiento del Programa encontradas en nuestro ámbito de estudio son:
 - El desconocimiento del potencial de ayuda que puede ofrecer el profesional farmacéutico, lo que lleva a interpretar su participación en clave oportunista y de intrusismo profesional.
 - Falta de coherencia en los mensajes ofrecidos a los pacientes, que deriva en confusiones y conflictos con el adelanto de recetas
 - La interpretación errónea de la población diana a quién se dirige el Programa
 - La falta de operatividad debida a las limitaciones de registro informático y de tiempo que impone la consulta, que dificultan la atención al seguimiento
 - La sobrecarga de programas asistenciales a los que deben dar respuesta las enfermeras de AP



- La falta de retroalimentación interprofesional
- Y finalmente la falta de difusión, recordatorios periódicos y sistemas de evaluación que evitasen la caída en el olvido del Programa.
- En cuanto a la implantación del Programa, ha supuesto un gran esfuerzo de personas y medios, pero en el momento presente se halla en punto muerto. Los elementos que frenan el avance están relacionados con las dificultades de conciliación de intereses Públicos y Privados, resistencias a la colaboración interprofesional, así como problemas de estructura y recursos. La puesta en juego de la tarjeta electrónica y la nueva estrategia de Atención al paciente Crónico, pasan a ocupar toda la atención, desviando a un segundo plano la atención de la Administración al Programa, que sin embargo seguirá vigente.
- Son necesarios refuerzos que mantengan viva la percepción del problema de AT y la necesidad de colaboración interprofesional

Como propuestas de mejora relacionadas directamente con las conclusiones de este trabajo sugerimos:

- Promover mayor sensibilización hacia el problema de AT y mejor conocimiento interprofesional a través de una educación sanitaria conjunta (profesionales de AP y farmacéuticos).
- Difusión de resultados a todos los implicados.
- Llevar a cabo reuniones periódicas interprofesionales con el fin de recoger sugerencias de mejora e informar a los profesionales de nueva incorporación
- Acordar o ajustar la definición de la población diana a las necesidades percibidas como asumibles por los profesionales para evitar interpretaciones de mala derivación desde las farmacias, o restricciones en la derivación desde AP.
- Animar a los profesionales de AP a realizar de forma habitual interconsultas con las OF con objeto de encontrar vías de simplificación de los tratamientos y resolución de dudas relativas a interacciones medicamentosas o posibilidad de



reacciones adversas en los pacientes polimedicados, mediante foros o canales corporativos que favorezcan la retroalimentación interprofesional.

- Insistir en definir los ámbitos de actuación de cada tipo de profesional para evitar desconfianzas y conflictos de competencias
- Promover el acceso a una base de datos común de seguimiento de los pacientes adheridos al Programa, que propicie mayor involucración y estímulo de los profesionales sanitarios pudiendo comprobar los efectos sinérgicos derivados de intervenciones de refuerzo conjuntas.

Otras propuestas de mejora:

En los Centros de Atención Primaria, podrían también tomarse medidas concretas que contribuyeran a incentivar o a facilitar las intervenciones enfermeras en este campo:

- Mejorar el soporte informático de los Centros de Salud, que enlentece notablemente el trabajo de registro restando tiempo para llevar a cabo las actuaciones que verdaderamente redundan a favor del paciente, como la valoración de la Adherencia. De cara al programa sería necesario integrar un módulo específico dentro de la aplicación “Medora”, para el seguimiento exclusivo de los pacientes sujetos al Programa, donde hacer constar los determinantes y factores relacionados de la no adherencia de modo que permita medir la eficacia del refuerzo farmacéutico.
- Simplificación de la diversidad de programas que se llevan a cabo en las consultas de enfermería que a menudo desbordan la capacidad de atención al paciente.
- Desde la enfermería, considerar la posibilidad de campañas de difusión desde los medios de comunicación o buscar fórmulas propias, que hagan valer la importancia de su labor, que favorezca el que los pacientes sigan solicitando su labor de asesoramiento y el seguimiento de evolución de sus patologías, cuando desaparezca la necesidad de acudir a por sus recetas a sus consultas en los Centros de Salud.



8 AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer en primer lugar la autorización para la realización de dicho estudio a la Responsable Farmacéutica del Área en Valladolid Este, D^a Ana Ruiz. Así mismo, queremos mostrar nuestra mayor gratitud a todas las personas que voluntariamente nos han ofrecido su colaboración para llevarlo a efecto, a las enfermeras, farmacéuticos y Representantes de las instancias Públicas y los Colegios Oficiales de Farmacia Provinciales y Autonómicos, y personalmente a la persona que ha guiado mis pasos a lo largo de este trabajo como tutora y colaboradora imprescindible, Evangelina García. Más allá de su vocación profesional he podido constatar su calidad humana.

9 BIBLIOGRAFIA

1. OMS Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004 Catalogación por la Biblioteca de la OPS
2. Schneider MP, Herzig L, Hampai DH, Bugnon O. Medication adherence in chronic patients: from its concepts to its management in primary care. Rev Med Suisse 2013 May 15;9 (386): 1032-6
3. Programa del Paciente Polimedocado. Portal de Salud de Castilla y León. [Internet]. Consultado el 27/03/2014. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento>
4. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F: Adherencia terapéutica (archivoAT_informe) 2012 Departamento de Farmacia. Universidad CEU-Cardenal Herrera. Moncada (Valencia).
5. Amado E Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia 2012 SEFAP Madrid
6. Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of systematic Reviews, 2001.
7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Consultado el: 2 de junio 2014. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html
8. Gallagher P, Barry P, Ryan C, Hartigan I, Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by beers Criteria. Age and Ageing 2008; 37: 96-101.
9. De Blas B, Laredo LM, Vargas E. Interacciones de los fármacos más consumidos. Inf Ter Sist Nac salud 2004; 28, 1-11



10. Pérez J. Demografía y envejecimiento. Portal mayores, Informes Portal mayores, nº 51. Lecciones de Gerontología I, Madrid 2006 [Internet]. Consultado Abril 2014. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos>
11. Sanidad y farmacéuticos de Castilla y León presentan un programa pionero para mejorar la salud de los pacientes polimedcados /2012) [internet]. Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias-1>
12. D.G. de Presupuestos y Estadística de la Junta de castilla y León con datos del INE, "Padrón municipal de habitantes a 01/01/2012. Consultado el 15/06/2014. Disponible en: <http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica>
13. Palop V Martínez I. Adherencia terapéutica en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2004 [Consulta el 6 de Marzo de 2014; Vol 28-Nº5 113-114. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
14. Torres, A. Desarrollo del programa de adhesión y Compromiso con la medicación dirigido al paciente Polimedcado (Memoria Colegio de Farmacéuticos, 2009. COF Palencia)
15. Yeoh TT, Si P; Chew L. The impact of medication therapy management in older oncology patients. Support Care Cancer. 2013 May; 21(5):1287-93. doi: 10.1007/s00520-012-1661-y. Epub 2012 Nov 25
16. Fletcher J, Hogg W, Farrell B, Woodend K, Dahrouge S, Lemelin J, Dalziel W. Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. Can Fam Physician. 2012 Aug;58(8):862-8
17. Horberg MA, Hurley LB, Towner WJ, Allerton MW, Tang BT, Catz SL, Silverberg MJ, Quesenberry CP. Determination of optimized multidisciplinary care team for maximal antiretroviral therapy adherence. J Acquir Immune Defic Syndr. 2012 Jun 1;60(2):183-90
18. Sturgess, IK; McElnay, JC; Hughes C, and Crealey, G: Community pharmacy based provision of pharmaceutical care to older patients. Pharm World Sci 2003; 25(5): 218–226.
19. Chua SS, Kok LC, Yusof FA, Tang GH, Lee SW, Efendie B, Paraidathathu T. Pharmaceutical care issues identified by pharmacists in patients with diabetes, hypertension or hyperlipidaemia in primary care settings. BMC Health Serv Res. 2012 Nov 12;12:388. doi: 10.1186/1472-6963-12-388
20. Cooper, C., Carpenter, I., Katona, C., Schroll, M., Wagner, C., Fialova, D., Livingston, G., 2005. The AdHoc study of older adults' adherence to medication in 11 countries. Am. J. Geriatr. Psychiatry 13, 1067–1076
21. Banning, M., A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. International Journal of Nursing Studies 46 (2009) 1505–1515



10 ANEXOS

10.1 MODELOS DE ENTREVISTAS

10.1.1 ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS OFICINAS DE FARMACIA

- ⊕ ¿Por qué decidieron adherirse al Programa de mejora en la Adherencia Terapéutica?
- ⊕ ¿Cómo farmacéutico, considera relevante su colaboración en la mejora de la AT?
- ⊕ ¿Cuánto tiempo se invierte aproximadamente con cada paciente? ¿Cuántos pacientes podríais asumir sin repercusión en vuestro trabajo?
- ⊕ En relación a la derivación de pacientes desde primaria, ¿crees que están correctamente derivados?, es decir, ¿realmente son pacientes que necesitan del refuerzo del farmacéutico para su correcta adherencia?
- ⊕ ¿Os parece que se derivan pocos pacientes? ¿A qué pensáis que puede ser debido?
- ⊕ ¿Qué dificultades para la adherencia presentaban los pacientes derivados?
- ⊕ ¿Os parecen eficaces los pictogramas que se utilizan?
- ⊕ ¿Qué incidencias son las más frecuentes? ¿Cómo se notifican al profesional que ha derivado al paciente?
- ⊕ ¿Cómo evaluáis la eficacia de vuestras intervenciones?
- ⊕ ¿En cuántos casos creéis que se ha resuelto el problema de la adherencia?
- ⊕ ¿Qué balance puede hacer respecto al esfuerzo que os supone?
- ⊕ ¿Cómo valoraría su grado de satisfacción con el programa?
- ⊕ ¿Cómo cree que afectará la puesta en marcha de la tarjeta electrónica sobre la AT?



10.1.2 MODELO DE ENTREVISTA CON LA REPRESENTANTE DEL CONCYL

- ✦ La iniciativa de ampliar el Programa de adherencia al paciente polimedicado a las oficinas de farmacia, ¿surge desde el Colegio de farmacéuticos o es a iniciativa de la Consejería de Sanidad?
- ✦ ¿Qué beneficios se esperaban del programa a nivel de los pacientes y en el ámbito de la farmacia comunitaria?
- ✦ ¿Cómo se fue realizando la incorporación de las farmacias al programa?: ¿Se introdujo de forma piloto en algunas zonas con objeto de irse ampliando progresivamente al conjunto de las farmacias de la comunidad?
- ✦ ¿Cuál es la cobertura de pacientes incluidos en el programa? ¿Y la cobertura de oficinas de farmacia? Actualmente, ¿qué grado de participación por área sanitaria existe?
- ✦ ¿Cuáles son los requisitos para la certificación de Farmacia adherida al Programa?
- ✦ Existe una percepción de fracaso en la derivación de pacientes desde AP. ¿Se les ha hecho llegar? ¿Se ha discutido o puesto sobre la mesa esta cuestión con el SACYL o la Consejería?
- ✦ ¿Qué tipo de evaluación estaba previsto que acompañara al desarrollo y ejecución del programa desde su puesta en marcha? Si no se ha realizado ninguna evaluación, ¿a qué es debido?
- ✦ ¿Qué resultados de mejora en el cumplimiento terapéutico se han obtenido? ¿Se cubren los objetivos esperados?
- ✦ ¿Se mide el grado de satisfacción de los profesionales con el programa?
- ✦ Principales dificultades encontradas. ¿Cómo se realiza esta valoración?
- ✦ ¿La derivación de pacientes ha sido homogénea?
- ✦ ¿Se ha considerado la posibilidad de promover la captación de pacientes también desde las farmacias a la consulta médica o de enfermería?



- ✦ En otras comunidades autónomas, el sistema personal de dosificación está financiado por la Consejería, en los casos donde se justifique la mala adherencia porque compensa. ¿Se ha propuesto aquí?
- ✦ ¿Cómo puede afectar a este programa la instauración de la tarjeta electrónica? La farmacia comunitaria, ¿aspira a asumir mayores responsabilidades en el ámbito de la clínica y educación sanitaria?

10.1.3 MODELO DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL COLECTIVO ENFERMERO

- ✦ ¿Conoce el Programa de Colaboración farmacéutica en la mejora de AT en el paciente polimedicado?
- ✦ ¿Cuántos pacientes ha derivado? ¿lo considera suficiente?
- ✦ ¿Qué tipo de pacientes decide derivar?
- ✦ ¿En su opinión, qué puede aportar el farmacéutico en la mejora de la AT?
- ✦ ¿Le han llegado incidencias escaladas desde las farmacias?
- ✦ ¿Considera que se pierde oportunidad de seguimiento en el paciente no adherente, con la implantación de la tarjeta electrónica?
- ✦ ¿Cómo considera su grado de satisfacción con el Programa?
- ✦ Existe cierta percepción de fracaso desde las OF en la derivación de pacientes desde primaria. ¿A qué pensáis que es debido?

10.1.4 MODELO DE ENTREVISTA A LA REPRESENTANTE DE FARMACIA DEL SACYL

- ✦ ¿Cómo surge en CYL l iniciativa de ampliar el Programa de Adherencia al Paciente Polimedicado a las oficinas de farmacia?



- ✚ ¿Qué beneficio económicos para las arcas públicas se estimaba que propiciaba la puesta en marcha del Programa?
- ✚ ¿Cuál es la cobertura de pacientes incluidos en el programa?
- ✚ ¿Existen indicadores de las características sobre los pacientes incluidos al programa o medicamentos requeridos?
- ✚ Cuando se introdujo de forma piloto en el 2011 se detectaron algunos problemas, como el desconocimiento del programa completo, la escasa comunicación interprofesional, conflictos de competencias y escasa remisión de pacientes. ¿Cree que a fecha de hoy se han superado?
- ✚ ¿Qué disposición mostraron los colectivos médicos y enfermeros a participar en el Programa?
- ✚ ¿Se han dado casos en la derivación de pacientes que entendéis que afectan a la libre competencia? ¿Cómo se ha resuelto?
- ✚ Existe cierta percepción de fracaso desde las OF en la derivación de pacientes desde primaria. ¿A qué pensáis que es debido?
- ✚ La carga de trabajo que supone al personal de los CDS ¿es asumible?
- ✚ ¿Observan que se derivan más pacientes desde algunas ZBS frente a otras? ¿Cuáles son las razones? ¿qué medidas se han tomado?
- ✚ ¿Qué tipo de evaluación estaba previsto que acompañara al desarrollo y ejecución del programa desde su puesta en marcha, en Enero del 2013?
- ✚ ¿Qué resultados de mejora en el cumplimiento terapéutico se han obtenido? ¿Se cubren los objetivos esperados?
- ✚ Existen Indicadores de satisfacción con el programa de los profesionales médicos y enfermeros y cómo se lleva a cabo esta valoración?
- ✚ ¿Se considera la captación de pacientes al programa se promueva también en sentido inverso?



- ✦ ¿Se están escalando las incidencias que encuentra el farmacéutico? ¿Cuáles son las más frecuentes?
- ✦ En otras comunidades autónomas (Madrid y País Vasco), el sistema personal de dosificación está financiado por la Consejería de Sanidad, en aquellos casos donde se justifique la mala adherencia. ¿Se está considerando desde aquí?
- ✦ ¿Cómo puede afectar a este programa la instauración de la tarjeta electrónica?