

Revista Cubana de Farmacia

ISSN 0034-7515 *versión impresa*

Rev Cubana Farm v.42 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008

EDITORIAL

Actuación del profesional farmacéutico para mejorar la adherencia de los pacientes en sus tratamientos farmacoterapéuticos

Acting of the pharmaceutical professional to improve the adherence of the patients in their pharmacotherapeutic treatments

Se define adherencia a un determinado tratamiento, cuando la conducta de una persona con respecto a la toma de medicamentos, la dieta, o el estilo de vida coincide con las recomendaciones facultativas. Se considera también como falta de adherencia, la utilización de medicamentos en dosis incorrecta, la administración en intervalos no adecuados y cuando el medicamento se toma junto a otro fármaco o alimento que interfiere con la medicación principal.¹

La falta de adherencia al tratamiento farmacoterapéutico, también conocida como incumplimientos, es un problema grave de la sociedad actual que no puede permitirse la pérdida de recursos económicos directos por medicamentos dispensados y que no se utilizan, o indirectos como días de trabajos perdidos por personas enfermas que no han cumplido adecuadamente el tratamiento prescrito.¹

En términos sanitarios se prefiere utilizar el término de adherencia al de cumplimiento, ya que el primero define de forma más objetiva "la coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con el tratamiento que le han indicado los profesionales responsables de la salud" y refleja una relación de colaboración donde el paciente es el responsable de sus propias decisiones.²

Los pacientes con enfermedades crónicas y las que requieren de tratamientos farmacológicos prolongados como el VIH-SIDA, constituyen los principales focos de atención en el trabajo sanitario que permita garantizar una correcta adherencia al tratamiento. En las enfermedades crónicas se estima que para obtener resultados terapéuticos satisfactorios los grados de adherencia deben ser superiores al 80 %, mientras que para los pacientes VIH-SIDA se requieren niveles superiores al 95 %.²

En un estudio realizado en 2 grupos de pacientes con fallo cardíaco en el que se evaluó la intervención farmacéutica para mejorar la adherencia a la medicación, se obtuvo que los pacientes incluidos en el grupo de intervención, el 78,8 % tomó realmente su medicación y el 53,1 % lo hizo en los tiempos programados, mientras que en el grupo control el comportamiento fue del 67,9 y del 47,2 % respectivamente.³

El estudio FAME (The Federal Study of Adherence to Medications in the Elderly), primer estudio prospectivo randomizado realizado en pacientes mayores de 65 años de edad, en el cual se aplicó un programa combinado que incluyó educación al paciente, seguimiento farmacoterapéutico y control de las unidades de medicación en pacientes hipertensos, periódicamente se les realizaba control de la tensión arterial y se les determinaban los niveles sistémicos lipídicos. Entre los principales resultados de este estudio se destacan, un incremento en la adherencia a partir de los 6 meses del 61 al 96 % y reducciones significativas de los niveles de presión sistólica y de las lipoproteínas colesterol de baja densidad (LDL-C).⁴

En los pacientes VIH-SIDA, la adhesión a la terapia antirretroviral (ARV) es una de las variables principales en la cual los servicios de salud pueden intervenir para aumentar la efectividad de la medicación. En un estudio realizado en Belo Horizonte, Brasil, con el objetivo de evaluar la relación coste-efectividad de la adhesión inicial a la terapia ARV e identificar factores que influyen los costes y la evolución global del paciente, se observó que un 79,7 % de la muestra total fue adherente al tratamiento ARV, o sea, utilizaban un mínimo del 95 % del tratamiento prescrito por el médico. Este grupo mostró una relación coste-efectividad menor que la observada entre los pacientes no adherentes.⁵

En la 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Tel Aviv en 1999, se emitió una declaración sobre las relaciones laborales entre médicos y farmacéuticos que en uno de sus párrafos dice textualmente: "Los médicos y los farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias y cooperativas para lograr el objetivo de proporcionar una terapia medicinal óptima. Esto necesita comunicación, respeto, confianza y reconocimiento mutuo de la competencia profesional de cada uno. Cuando atiende pacientes, el médico se puede centrar en el objetivo de la terapia, los riesgos y beneficios, y los efectos secundarios. Por otro lado, el farmacéutico se puede centrar en el uso correcto, adherencia al tratamiento, dosificación, información sobre precauciones y almacenamiento".⁶

Igualmente es importante destacar que con la introducción en la esfera de actuación del farmacéutico en 1990, del ejercicio de la Atención Farmacéutica, gracias a la contribución filosófica de Charles Hepler,⁷ este profesional ha demostrado durante los 17 años transcurrido hasta el presente, el papel protagónico que desempeña junto al equipo de salud, en minimizar la iatrogenia provocada por los medicamentos, en la práctica clínica habitual.

Esta práctica asistencial del profesional farmacéutico, ha estado en continuo perfeccionamiento por más de 3 quinquenios. En la declaración del Segundo Consenso de Granada en el año 2002, se definió que "el Seguimiento Farmacoterapéutico es la práctica profesional en la que el farmacéutico se

responsabiliza de las necesidades del paciente relacionado con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente".⁸ Puede observarse que por primera vez se incluye dentro del ejercicio de la Atención Farmacéutica, el concepto de Adherencia.

Recientemente durante el Tercer Consenso de Granada celebrado en mayo de 2007, se redefinió y adaptó conceptualmente el término de seguimiento farmacoterapéutico, anteriormente planteado con el objetivo de que este expresara de forma clara, explícita y sin equívocos, la actividad asistencial que debe brindar dicho profesional, y quedó en su nueva versión como: "el seguimiento farmacoterapéutico es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionado con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección de los PRM para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente".⁹ Con este perfeccionamiento se declara a los PRM como "la causa" del problema de salud del paciente y a los RNM como el "efecto, fin o el resultado" que se obtiene en el paciente.

Obviamente esta redefinición está encaminada a la orientación del continuo mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que son competencia del profesional farmacéutico.

Caridad Sedeño Argilagos y Manuel Cué Brugueras
Comité Editorial

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pla R, García D, Martín MI, Porta A. Información de medicamentos. En: Farmacia Hospitalaria. Tomo I, 3a ed. S.E.F.H. Capítulo 2.8:507-533. [citado 26 Ago 2007]. Disponible en: <http://sefh.interquias.com/libros> [[Links](#)]
2. Bonafont i Pujol X, Costa i Pagès J. Adherència al tractament farmacològic. Butlletí d'informació Terapèutica. 2004;16(3):9-14. [[Links](#)]
3. La intervención farmacéutica puede mejorar la adherencia a la medicación en pacientes con fallo cardíaco. Ann Intern Med [serie en Internet] 2007 [citado 26 Ago 2007]. 146:714-25. Disponible en: www.sefh.es/boletin/01noticiaversefh.php?Num=2964 [[Links](#)]
4. Brookes L. Methods to Improve Adherence: The FAME Trial. 2006. [citado 2007 Mar 20]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/552105> [[Links](#)]
5. De Assis Acurcio Francisco, Puig-Junoy Jaume, De Fátima Bonolo Palmira, Das Graças Braga Ceccato María, Crosland Guimareas Mark Drew. Análisis coste-efectividad de la adhesión inicial a la terapia antirretroviral entre individuos

infectados por el VIH en belo horizonte, Brasil. Rev Esp Salud Pública. 2006;80(1).
[[Links](#)]

6. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre las Relaciones Laborales entre Médicos y Farmacéuticos en la Terapia Medicinal. 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial Tel Aviv, Israel, octubre 1999. [Citado 26 Ago 2007].
Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/a7.htm> [[Links](#)]

7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43. [[Links](#)]

8. Panel de Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos. Ars Pharm. 2002;43:175-84. [[Links](#)]

9. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. Ars Pharm. 2007;48(1):5-17. [[Links](#)]

© 2009 1999, Editorial Ciencias Médicas

Calle 23 # 177 entre N y O - Edificio Soto, Piso 2
Vedado, Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba