

ADHERENCIA TERAPEUTICA.

CASOS CLÍNICOS



Con la colaboración de



Laura Menéndez Naranjo
Farmacéutica adjunta
Hospital General Clínico Universitario Arrixaca
Murcia 10 de diciembre 2019

1. Definición, conceptos de adherencia
2. Importancia de la adherencia
3. Estimación de la adherencia
4. Caso clínico VIH



ADHERENCIA

Definición según la OMS 2003



“El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con la recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”

«ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN»
ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence):
«el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito».

Cumplimiento y adherencia: miden el porcentaje de dosis que toma el paciente respecto al teórico.

La adherencia es

- Requiere la participación activa del paciente
- El paciente acepta el tto
- Esencial



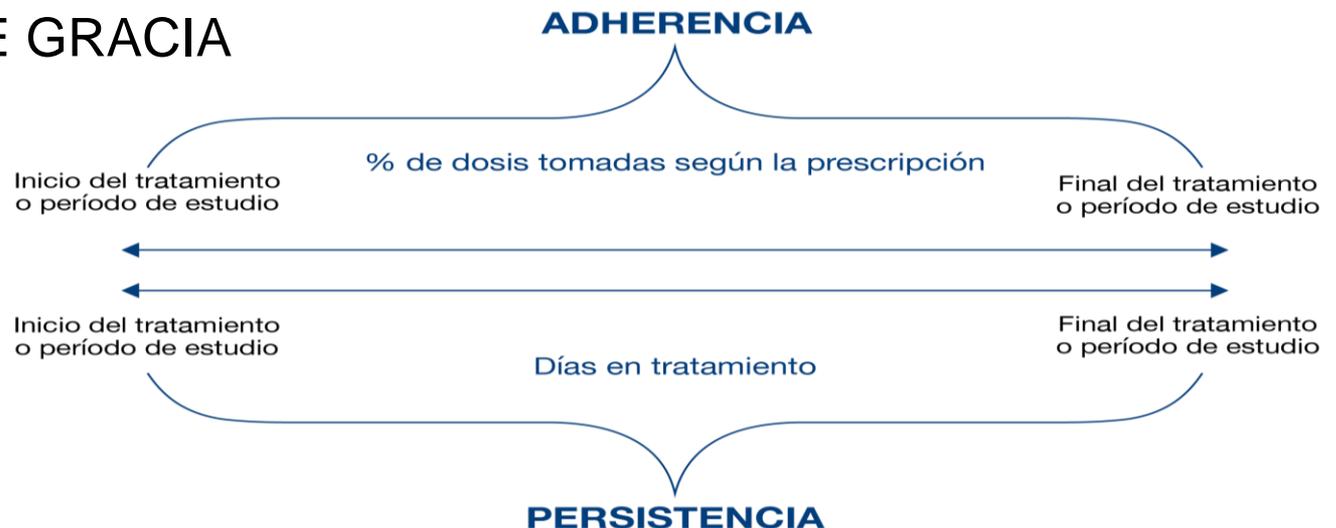
El cumplimiento

- Imposición
- Seguimiento pasivo de las indicaciones
- No se basa en la alianza sanitario paciente



Persistencia

- Tiempo durante el cual el paciente continua con el tratamiento, desde el inicio hasta la interrupción.
- N° días de utilización continua del mto durante un periodo específico
- RETENER
- PERIODO DE GRACIA





Adherencia intencionada o no intencionada

Adherencia primaria y secundaria

Primaria: se prescribe un nuevo tratamiento y no llega ni a recoger la medicación.

Secundaria: toma inadecuada de la medicación

Adherencia cuantitativa o cualitativa

Cuantitativa: cantidad de fármaco que toma el paciente respecto al teórico.

Cualitativa: «cómo es esa toma», la calidad de la toma.

1. Tipos según el período de seguimiento

ADHERENCIA

Incumplimiento parcial

Incumplimiento esporádico

Incumplimiento secuencial

Cumplimiento de bata blanca

Incumplimiento completo



perfil de adherencia individual de un paciente.

2. Importancia de la adherencia: consecuencias clínicas

una adherencia óptima

- Una menor morbimortalidad.
- Repercute en una mejora en la calidad y la esperanza de vida.
- Menor probabilidad de recaídas y complicaciones

Se observa una relación directa entre la falta de cumplimiento y la obtención de **peores resultados en salud.**



Ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir mas fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento

2. Importancia de la adherencia: consecuencias económicas

- La ADH baja (2007): coste anual **177 mil. de dólares** en **costes sanitarios directos e indirectos**

Coste derivado de la pérdida de productividad
Mayor número de visitas a urgencias
Hospitalizaciones, Pruebas complementarias
Utilización de otros medicamentos
Desaprovechamiento de recursos



- La NO ADH **Unión Europea** coste estimado (2013): **125.000 mil. € anuales, y 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos c/ año**



2. Importancia de la adherencia: consecuencias sociales

Ejemplos:

Esquizofrenia: la carga social de esta enfermedad no controlada es elevada, tanto en el ámbito familiar como fuera de este.

Fármacos anticonceptivos: embarazos no deseados (abortos/nacimientos no esperados).

Tratamiento del **VIH, Hepatitis víricas (B y C):** mal control de la enfermedad y el riesgo de transmisión.



2. Importancia de la adherencia: Estado actual

- La adherencia en tratamientos **crónicos** la OMS la sitúa en torno **al 50 %**

Porcentaje de adherencia en enfermedades crónicas

| | |
|-----------------------|---|
| Diabetes tipo II | 65-85 % (antidiabéticos orales) 60-80 % (insulina) |
| Epilepsia | 50-70 % |
| Hipertensión arterial | 17-60 % |
| Dislipemias | 45-62 % |
| SIDA | 50-80 % |
| Osteoporosis | 45-70 % |

- **Esencial mantenerla en el tiempo.**
- **Definir el umbral óptimo de adherencia** necesario para alcanzar los resultados terapéuticos adecuados.

Métodos para monitorizar la adherencia

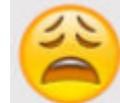
Métodos **DIRECTOS**

- Monitorización de concentraciones plasmáticas o en otros fluidos biológicos
- Evolución clínica y datos analíticos

Métodos **INDIRECTOS**

- Valoración del profesional sanitario
- Recuento de medicación sobrante
- Registros de prescripción y dispensación de farmacia
- Dispositivos electrónicos
- Cuestionarios

NO EXISTE EL MÉTODO IDEAL



| Método | Ventajas | Desventajas |
|---|--|---|
| Determinación plasmática | <p>Método directo de adherencia</p> <p>Las concentraciones plasmáticas determinan directamente la respuesta</p> <p>Permite detectar o prevenir la toxicidad por fármaco</p> <p>Ventaja en población con farmacocinética alterada (embarazo, disfunción hepática, etc.)</p> | <p>Caro e invasivo</p> <p>Niveles pueden estar disminuidos por otras razones distintas a una no adherencia (ej. interacciones, etc.)</p> <p>Información sobre adherencia reciente</p> <p>No está estandarizada la recogida, ni la interpretación</p> |
| Registros dispensación de farmacia | <p>Datos fáciles de obtener en organizaciones cerradas con dispensación únicas</p> <p>Correlación moderada con resultados</p> | <p>Sobreestimación</p> <p>No mide frecuencia horaria. No diferencia tipos de adherencia (olvidos puntuales, interrupciones)</p> <p>Asume que la recogida de medicación equivale a adherencia</p> <p>No útil si la dispensación se realiza automáticamente o por periodos de tiempos largos</p> |
| Recuento de medicación | <p>Bajo coste</p> <p>Correlación moderada con resultados</p> | <p>Mucho tiempo</p> <p>Sobreestimación</p> <p>Necesidad de colaboración del paciente (traer la medicación)</p> <p>Asume que no almacena medicación</p> |
| MEMS/ dispositivos electrónicos | <p>Buena correlación con resultados virológicos</p> <p>Análisis de dosis y frecuencia de administración</p> <p>Patrones de adherencia en el tiempo</p> | <p>Muy caro</p> <p>Infraestimación</p> <p>Vulnerable a fallos tecnológicos</p> |
| Cuestionario/ adherencia | <p>Bajo coste, fácil de implementar</p> <p>Correlación moderada con resultados</p> | <p>Muchos cuestionarios, poco estandarizado</p> <p>Sobreestimación de la adherencia</p> |

3. Estimación de la adherencia. Recomendaciones



- **Combinar varios métodos** y seguimiento de **resultados clínicos**.
- Utilizar **herramientas VALIDADAS** en población española y patología estudiada. **Variable CONTINUA** mejor que dicotómica.
- **¡ENTREVISTA CLÍNICA con el paciente imprescindible** para confirmar la estimación de la adherencia!
- **Elección del método en función de lo que queramos medir:**
 - En tratamientos crónicos, medir adherencia en el tiempo ➡ RDF, recuento de medicación.
 - Si queremos investigar los **motivos** de no ADH ➡ Cuestionarios.



CASOS CLINICOS ADHERENCIA EN VIH

Con la colaboración de

Murcia 10 de diciembre 2019



La ADH a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo.

Etapas

- ✓ La **aceptación** del diagnóstico.
- ✓ La percepción de la **necesidad** de realizar el tratamiento de forma correcta.
- ✓ La **motivación** para hacerlo.
- ✓ La disposición y el **entrenamiento** de habilidades para realizarlo.
- ✓ La capacidad de superar las **barreras** o dificultades que aparezcan.
- ✓ El **mantenimiento** de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

GESIDA/ SEFH / PNS (2008)

«Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral, de manera que permita mantener el cumplimiento riguroso de este con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral.»

Adherencia al tratamiento antirretroviral y resultados terapéuticos

- **Adecuada supresión virológica.**
- **Restauración inmunológica.**
- **Prevención del desarrollo de resistencias.**
- **Disminución de la progresión de la enfermedad.**
- **Disminución de la mortalidad.**
- **Menores tasas de hospitalización.**
- **Menores costes sanitarios.**
- **Disminución del grado de inflamación sistémica.**
- **Reducción de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**





- Mujer en seguimiento C.Externas desde hace más de 20 años
- Infección VIH estadio B2
- Sin inf.oportunistas, candidiasis oral
- Otros diagnósticos:
 - DM 2
 - HTA
 - IRC leve (CKD EPI 48ml/min)
 - Hiperlipemia
 - Hipovitaminosis D
 - Inf.urinarias intermitentes
- Múltiples TAR con interrupción desde 2002 a 2005
- Desarrollo lipodistrofia y fracaso a los NN

TRATAMIENTO

Metformina 850 mg QD

Rosuvastatina 10 mg cena

Enalapril 10 mg QD

Calcifediol cada 15 días

Sertralina 100 mg QD

Lorazepam 1mg noche

Caso clínico 1 VIH

ADHERENCIA

Desde mayo 2017: TAF/FTC/EVT/Cobi + DRV 800 mg QD

La paciente acude al Servicio de Farmacia a recoger su medicación y.....



| Dispensaciones | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------|----------------|----------------|
| Devoluciones | | | | |
| Manual | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Id | Fecha Dispensación | Fecha Inicio | Fecha Fin |
| <input type="checkbox"/> | 273513 | 06/11/2019 | 06/11/2019, 00 | 04/01/2020, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 251713 | 04/06/2019 | 04/06/2019, 00 | 02/08/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 228906 | 17/12/2018 | 17/12/2018, 00 | 14/02/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 220849 | 15/10/2018 | 15/10/2018, 00 | 13/12/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 207155 | 21/06/2018 | 21/06/2018, 00 | 18/09/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 193047 | 26/02/2018 | 26/02/2018, 00 | 26/05/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 184276 | 15/12/2017 | 15/12/2017, 00 | 12/02/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 175882 | 04/10/2017 | 04/11/2017, 00 | 03/12/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 172331 | 05/09/2017 | 05/09/2017, 00 | 03/11/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 166138 | 07/07/2017 | 07/07/2017, 00 | 04/09/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 157826 | 27/04/2017 | 27/04/2017, 00 | 26/05/2017, 23 |

Mostrando 1 - 11 (de 11) registros / pág.

[Crear](#) [Ver todas las dispensaciones](#) [Eliminar](#) [Imprimir](#) [Cerrar](#)

- Varón 36 años, seguimiento C.Externas desde feb 2009
- Infección VIH estadio B1
- Antecedentes:
 - Fumador
 - VHB, VHC negativos. Lues pasada y tratada (x2).
 - NAM, No hábitos tóxicos.
 - Proteinuria leve, creatinina 1,01, CDK EPI 95,25



Desde mayo 2018: **TAF/FTC/RPV QD**

Caso clínico 2 VIH

ADHERENCIA

| Dispensaciones | | Devoluciones | Manual | |
|--------------------------|--------|---|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Id | Fecha Dispensación Z↓ A↑ | Fecha Inicio | Fecha Fin |
| <input type="checkbox"/> | 275174 | 15/11/2019 | 18/11/2019, 00 | 13/01/2020, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 266392 | 19/09/2019 | 19/09/2019, 00 | 17/11/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 253777 | 18/06/2019 | 18/06/2019, 00 | 15/09/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 240474 | 14/03/2019 | 14/03/2019, 00 | 11/06/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 228302 | 12/12/2018 | 12/12/2018, 00 | 11/03/2019, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 220110 | 08/10/2018 | 08/10/2018, 00 | 06/12/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 210279 | 16/07/2018 | 31/07/2018, 00 | 28/09/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 204713 | 01/06/2018 | 01/06/2018, 00 | 30/07/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 195579 | 16/03/2018 | 19/03/2018, 00 | 17/05/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 188323 | 18/01/2018 | 18/01/2018, 00 | 18/03/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 180894 | 17/11/2017 | 18/11/2017, 00 | 16/01/2018, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 173579 | 15/09/2017 | 19/09/2017, 00 | 17/11/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 167932 | 21/07/2017 | 21/07/2017, 00 | 18/09/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 160644 | 22/05/2017 | 22/05/2017, 00 | 20/07/2017, 23 |
| <input type="checkbox"/> | 152098 | 08/02/2017 | 18/02/2017, 00 | 16/05/2017, 23 |



¿Cómo puedo medir la adherencia terapéutica de estos dos pacientes?

- a) Registros de dispensación
- b) Cuestionario validado
- c) Sistema de control electrónico (MEMS/EDEM)
- d) Todos los anteriores

| <i>Método (indirecto)</i> | <i>Ventajas</i> | <i>Limitaciones</i> |
|---|---|---|
| <i>Valoración del profesional sanitario</i> | | • <i>Subjetividad</i> |
| <i>MEMS</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Correlación con eficacia virológica</i> • <i>Permite conocer patrones de adherencia en el tiempo</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Coste elevado</i> • <i>Uso sólo en investigación</i> • <i>Infraestimación/sobreestimación de la adherencia</i> • <i>Vulnerable a fallos tecnológicos</i> |
| <i>Recuento de medicación sobrante</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bajo coste</i> • <i>Correlación con eficacia virológica</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sobreestimación de la adherencia</i> • <i>Necesidad de colaboración del paciente</i> • <i>Se asume que el paciente no acumula medicación</i> |
| <i>Registros de dispensación</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sencillo de implementar</i> • <i>Correlación con resultados clínicos</i> • <i>Mide adherencia longitudinal</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sobrestimación de la adherencia</i> • <i>No fiable si el paciente comparte la medicación</i> • <i>Se asume que la recogida equivale a adherencia</i> |
| <i>Cuestionarios</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bajo coste</i> • <i>Facilidad de implementación</i> • <i>Correlación con resultados virológicos</i> • <i>Permite calcular adherencia cualitativa, cuantitativa y motivos de no adherencia</i> | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Falta de estandarización, elevada heterogeneidad</i> • <i>Pocos validados</i> • <i>Sobreestimación de la adherencia</i> • <i>Sesgo de memoria</i> • <i>Baja sensibilidad</i> |

Considera un mínimo aceptable la asociación de un **cuestionario validado y el registro de dispensación** obtenidos con una frecuencia trimestral (B-II)

Panel de expertos de SPNS, SEFH y GESIDA. Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA

REGISTROS DE DISPENSACION

Tasa de posesión de la medicación

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ unidades totales dispensadas} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ unidades totales teóricas}}$$



% ADH (6 meses)

40,11%

CV < 20 copias, CD4= 435
CD4/CD8=0,6



% ADH (6 meses)

98,36%

CV < 20 copias, CD4 981
CD4/CD8= 1,63

Cuestionario SMAQ (“*Simplified medication adherence questionnaire*”) Validado en población VIH, española.

1. Alguna vez ¿OLVIDA tomar la medicación? Si No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la HORA indicada? Si No
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se SIENTE MAL? Si No
4. ¿Olvidió tomar la medicación durante el FIN DE SEMANA? Si No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?
A: ninguna
B: 1 - 2
C: 3 - 5
D: 6 - 10
E: más de 10
6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación? Días:



Barato, fácil
Alta sensibilidad: 72%
Alta especificidad: 91%



Sesgo de memoria
Sesgo de respuesta

1. Se considera no adherente: 1: si, 2: no, 3: si, 4: si, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:
A: 95 - 100 % adhesión
B: 85-94 %
C: 65-84 %
D: 30-64 %
E: < 30 %

CUESTIONARIO ACTG = AIDS Clinical Trials Group EEUU

- Medicamentos no tomados en un período de 4 días previos a la entrevista
- Se reduce el sesgo del recuerdo
- Relación significativa con la CV

| | Dosis no tomadas | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Medicamento | Ayer | Anteayer | Hace 3 Días | Hace 4 Días |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

% adherencia= (total unidades galénicas prescritas para ese período-total unidades no tomadas)/ total unidades galénicas prescritas para ese período.

¿Cuál es el porcentaje de adherencia que debe tener un paciente VIH para conseguir la supresión virológica?

a) >95%

b) 90-100%

c) 85-100%

d) 60-100%

Una adherencia del 85 % al 100 % es necesaria para lograr y mantener la supresión viral¹.

¹ Hogg RS, et al. AIDS 2002;16:1051-8.

Antiretroviral Adherence Level Necessary for HIV Viral Suppression Using Real-World Data

Byrd, Kathy K. MD, MPH^a; Hou, John G. PhD^b; Hazen, Ron MPH^b; Kirkham, Heather PhD, MPH^b; Suzuki, Sumihiro PhD^c; Clay, Patrick G. PharmD^d; Bush, Tim MS^a; Camp, Nasima M. MPH^e; Weidle, Paul J. PharmD, MPH^a; Delpino, Ambrose PharmD^f for the Patient-Centered HIV Care Model Team

JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: November 1, 2019 - Volume 82 - Issue 3 - p 245–251

La tasa de adherencia necesaria para lograr la supresión viral en el 90% de todas las pruebas de carga viral fue del **82%**

Según el tipo de régimen utilizado:

75% ITI

78% NN

87% IP

¿Cuáles son los factores relacionados con la falta de adherencia de la paciente?

- a) Factores relacionados con el paciente
- b) Factores relacionados con el tratamiento
- c) Factores relacionados con el equipo asistencial y el sistema sanitario
- d) Todos



La adherencia al tratamiento está condicionada por múltiples aspectos relacionados con las características psicosociales y estilo de vida del paciente, complejidad y tolerancia del tratamiento, así como aspectos relativos a la relación médico-paciente.

Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA

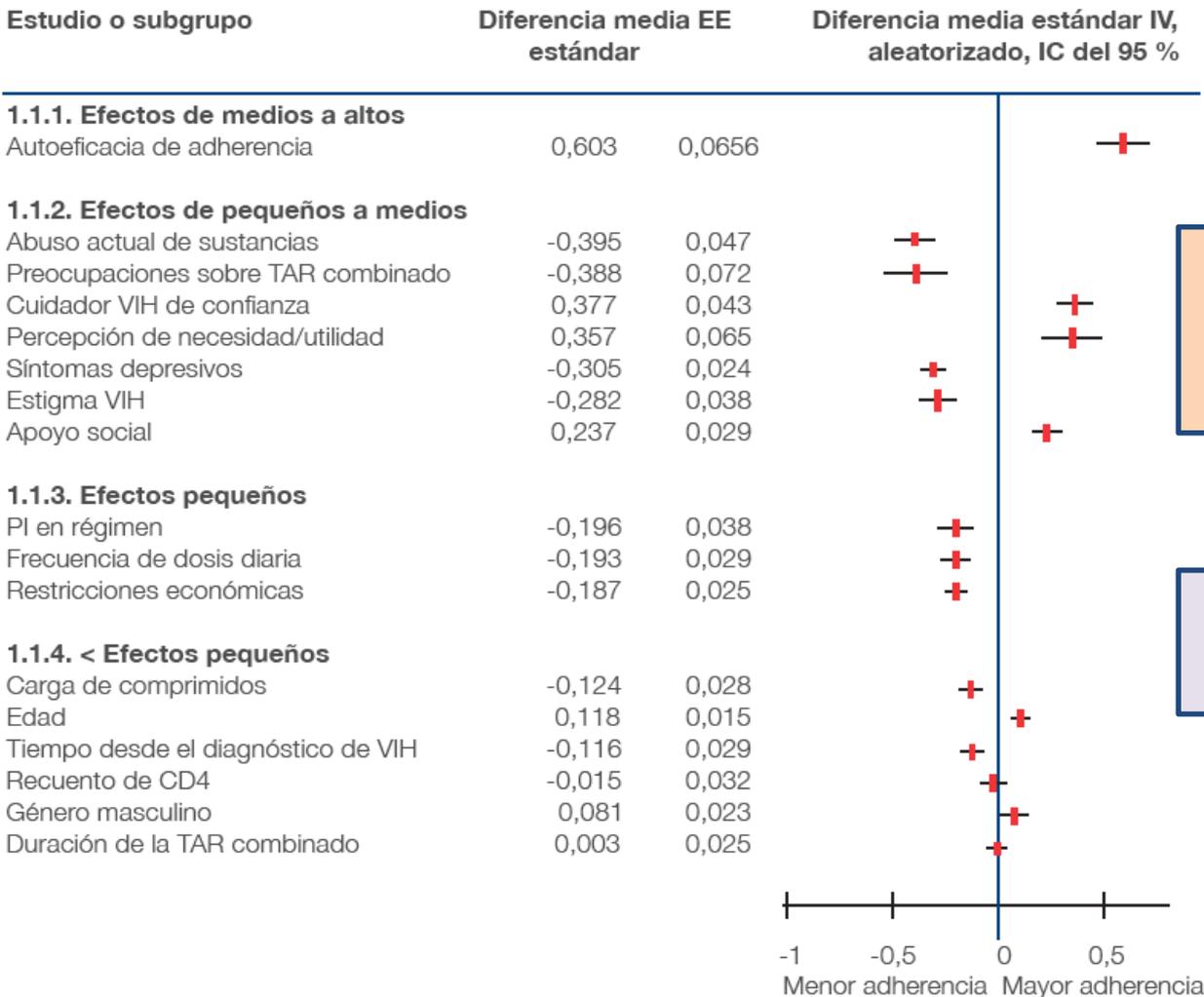
ADHERENCIA

Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)*

| | Causas potenciales de incumplimiento | Posibles intervenciones |
|---|---|--|
| Factores sociales, económicos, educativos | Falta de apoyo social y/o familiar; escasos recursos; bajo nivel educativo | Buscar alianza con familia y allegados; conocer necesidades sociales; reclutar organizaciones comunitarias; educación intensiva, explicaciones claras y comprensibles y adaptadas |
| Factores del equipo asistencial | Falta de recursos; atención masificada e impersonal; ausencia de coordinación entre diferentes servicios de apoyo a la asistencia; insuficiente formación en TAR; falta de accesibilidad; formación deficiente en la relación personal sanitario-paciente | Accesibilidad y continuidad de la asistencia; equipo multidisciplinar; recursos materiales y humanos suficientes y coordinados; formación sólida en TAR y en atención al paciente; plantear terapia directamente observada en determinados ámbitos asistenciales |
| Factores relacionados con el tratamiento | Efectos adversos, tamaño y palatabilidad de las unidades galénicas, número de dosis diarias; intrusividad en la vida del paciente; falta de adaptación a las preferencias y necesidades del paciente | Simplificar el régimen terapéutico; individualizar tratamiento; comorbilidad, preferencias, interacciones; técnicas especiales para la toma de la medicación; ayudar a desarrollar mecanismos de reacción (p. ej., anticipación y manejo de efectos adversos) |
| Factores relacionados con el paciente | No aceptación; rechazo del diagnóstico; rechazo del tratamiento (creencias y actitudes); olvidos y barreras; insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento; insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio; motivos de dosificación y cumplimiento; comorbilidad psiquiátrica; uso y abuso de drogas | Analizar relación paciente-profesional sanitario y mejorar la efectividad de la relación; negociar y consensuar el plan terapéutico; fomentar la percepción de indicadores de la necesidad de tratamiento; informar acerca de riesgos y beneficios del tratamiento; asociar las tomas con actividades cotidianas; técnicas especiales y ayudas para el cumplimiento (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, etc.); mejorar la comunicación paciente-profesional sanitario; información referente a la enfermedad y el tratamiento, motivo de la dosificación, riesgo del incumplimiento; información oral y escrita; verificar comprensión; derivar para intervención psicológica en áreas disfuncionales o intervención psiquiátrica si se detecta patología psiquiátrica |

Predictores asociados a la adherencia al tratamiento retroviral

ADHERENCIA



Intervenciones dirigidas
Autoeficacia y
preocupaciones/creencias

Simplificación del
tratamiento antirretroviral

Tipo de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativos.

Santoro P, Conde s F. Rev M SIDA 2013

Las diferentes fases en la relación con la medicación y en los problemas de adherencia

| Últimos años 80 - 1996 | 1996 - 2006 | 2006 - hasta la actualidad |
|---|---|--|
| Primeras medicaciones (AZT) | Aparición del TARGA | Mejora y simplificación del TAR |
| Tratamientos muy complejos y percibidos como poco <u>efectivos</u> Graves efectos <u>secundarios</u> | Tratamientos más efectivos, pero que continúan siendo complejos Sigue habiendo efectos secundarios de gran <u>importancia</u> | El tratamiento se percibe como claramente efectivo (carga viral indetectable) y resulta más fácil de conservar, ingerir, etc. Control de la mayor parte de los efectos <u>secundarios</u> |
| Actitudes ambivalentes frente al TAR La adherencia es extremadamente <u>difícil</u> | Relevancia muy alta del estigma asociado al TAR (<u>lipodistrofia</u>) La ingesta sigue siendo difícil, pero hay una motivación alta para la <u>adherencia</u> | Actitud positiva frente al TAR El cumplimiento terapéutico es más sencillo, pero su importancia se relativiza en <u>parte</u> |

Tox. Mitocondrial
Lipoatrofia
Reac Hipersensibilidad,
nefrolitiasis

Toxicidad SNC (EFV)
Alteraciones metabólicas
Nefrotox (TDF)
DMO baja

Tipo de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativos.

ADHERENCIA

Santoro P, Conde s F. Rev M SIDA 2013



TABLA 3. TIPOS DE PROBLEMAS DE ADHERENCIA

| | |
|---|--|
| Administración incorrecta | <ul style="list-style-type: none"> - Incumplimiento de horarios - Dosis incompletas - Relacionado con pequeños olvidos, incomprensión de las pautas médicas o deterioro cognitivo (en ciertos perfiles de pacientes de más edad o ex-UDVP) |
| Omisión esporádica de tomas | <ul style="list-style-type: none"> - Omisión ocasional de una o varias dosis - Relacionado con situaciones inesperadas, rupturas de la rutina (fin de semana, vacaciones) y, en los pacientes <u>más jóvenes y socialmente activos</u>, con la "marcha" nocturna y los posibles consumos de alcohol y drogas |
| Omisión periódica en situaciones concretas | <ul style="list-style-type: none"> - Omisión de tomas que se repite periódicamente en ciertas situaciones o contextos en los que la ingesta se dificulta o hace imposible (determinados entornos laborales, convivencia con personas que desconocen el estado serológico, ciertas situaciones de interacción social) - Muy relacionado con la vivencia del estigma |
| Interrupciones breves del tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Períodos relativamente breves sin medicación</u>, que pueden durar desde uno o dos días hasta un mes - Razones y motivaciones más diversas |
| Abandono del TAR | <ul style="list-style-type: none"> - Abandono completo del TAR - Generalmente relacionado con <u>graves problemas personales y socio-económicos</u>, o bien con crisis emocionales e identitarias y estados depresivos, que conducen a que la persona con VIH deje de tomar la medicación y de acudir a los servicios sanitarios |

INTERVENCIONES PARA MEJORAR ADHERENCIA

ADHERENCIA

¿Puedo MEJORAR la adherencia terapéutica de este paciente?

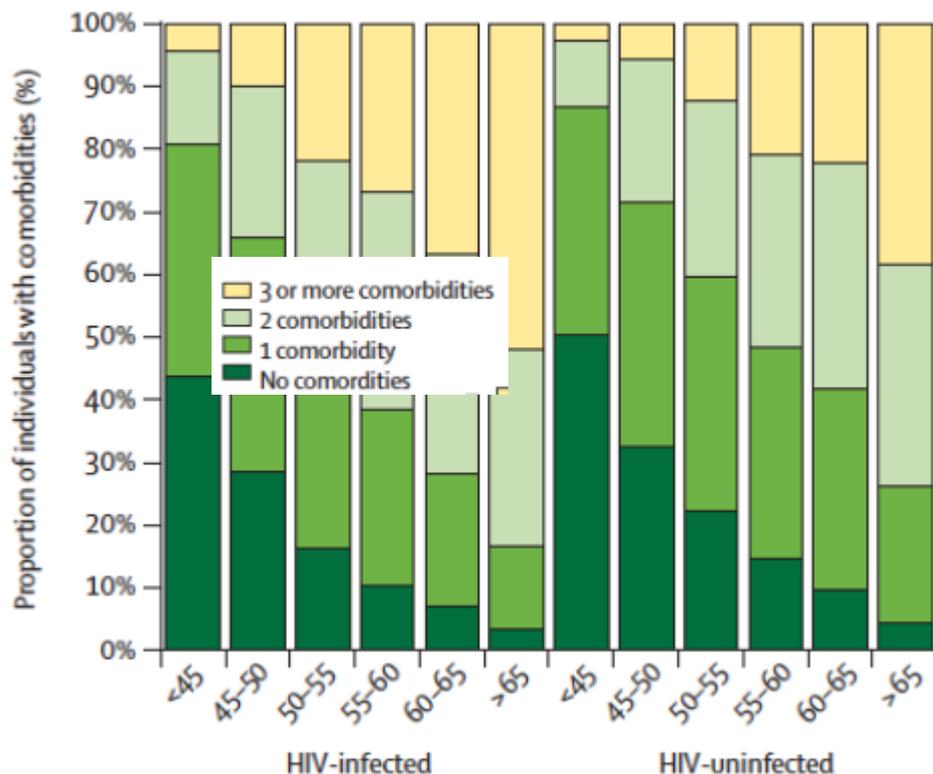


- a) Comunicar con diferentes prescriptores/desprescribir
- b) Revisar TODA la medicación del paciente/Individualizar
- c) Buscar apoyo familiar/social

c) Todas

Integrar la MED no ARV en nuestra AF
Mayor relación con otras especialidades médicas:
geriatras, MAP, nefrólogos, oncólogos,
nutricionistas...
Mayor relación con las Oficinas de Farmacia
Establecer circuito para la monitorización de ADH

Coordinación con otros
Profesionales
que atienden al paciente



Cohorte ATHENA Holanda (1996→2010)
 N= 10.278 pacientes
 Mayor frecuencia de hombres y buen acceso al sistema sanitario

Proyección de futuro: año 2030

Basado en comorbilidades:

- Enf. Cardiovasculares
- Diabetes
- Enf. Renal. Crónica
- Osteoporosis
- Neoplasias no relacionadas con SIDA

| | 2010: | → | 2030: |
|---------------------|-------|---|-------|
| Mediana edad (años) | 43,0 | → | 56,6 |
| ≥ 50 años (%) | 28% | → | 73% |
| ≥ 1 comorbilidad | 29% | → | 84% |
| ≥ 3 comorbilidades | | → | 20% |

Smit M et al. Lancet Infect Dis 2015

- El porcentaje de pacientes **≥60 años** aumentará del 8% al **39%**.

- El porcentaje de **≥70 años** aumentará del 8% al 12%.

- Interacciones medicamentosas
- Eventos adversos
- Prescripción potencialmente inadecuada
- **Falta de adherencia al tratamiento**
- Hospitalización, caídas, fragilidad, y muerte
- Cascada terapéutica.



© Can Stock Photo

RECOMENDACIONES ADHERENCIA EN EL PACIENTE CON POLIFARMACIA

Polifarmacia: uso de 6 principios activos concomitantes (incluyendo el TAR)

Polifarmacia mayor: uso de 11 P.A concomitantes o mas

Polifarmacia extrema: uso de mas de 21 P.A concomitantes

1- En pacientes con el VIH mayores se recomienda la **revisión de toda la medicación prescrita, al menos, cada 6 meses en individuos que tengan ≥ 4 medicamentos, y al menos una vez al año para el resto.**

Recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia.

2- Es prioritario identificar y establecer **estrategias para reducir la complejidad farmacoterapéutica** en pacientes con el VIH de mayor edad, evitando en la medida de lo posible la polifarmacia. ***Recomendación fuerte,***

moderada calidad de evidencia.

3- Se recomienda **realizar la revisión de la farmacoterapia prescrita de forma sistematizada** y mediante una metodología secuencial y estructurada.

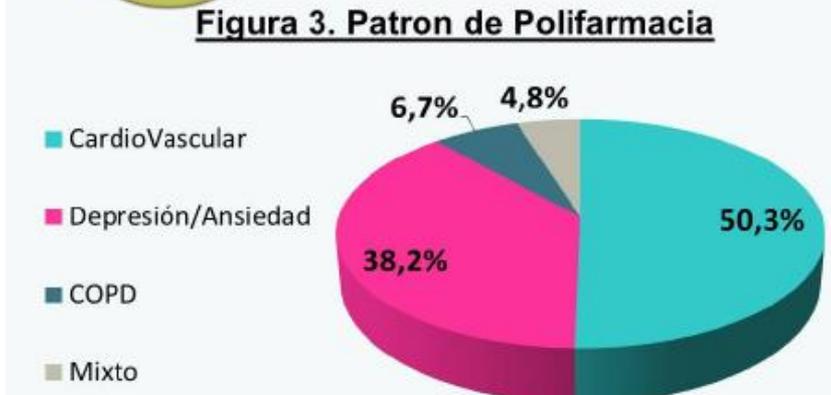
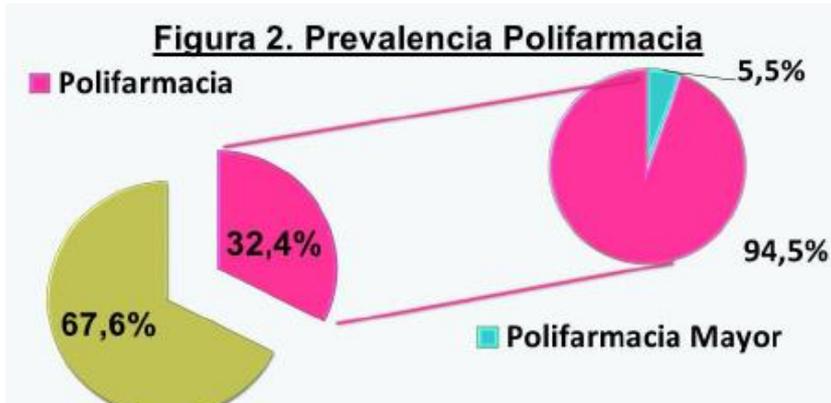
Recomendación fuerte, moderada calidad de evidencia

Prevalencia y complejidad farmacoterapéutica de la polifarmacia en pacientes VIH+ en España



1.225 pacientes. 81 hospitales

El estudio POINT de la SEFH demuestra que más del 30 % de los pacientes VIH+ están polimedificados y con una elevada complejidad farmacoterapéutica.



| | |
|-------------------------------|-------------|
| Adherencia al TAR % (n) | 51.8% (633) |
| Adherencia concomitante % (n) | 49.8% (326) |



Polifarmacia y prescripción inadecuada en personas VIH

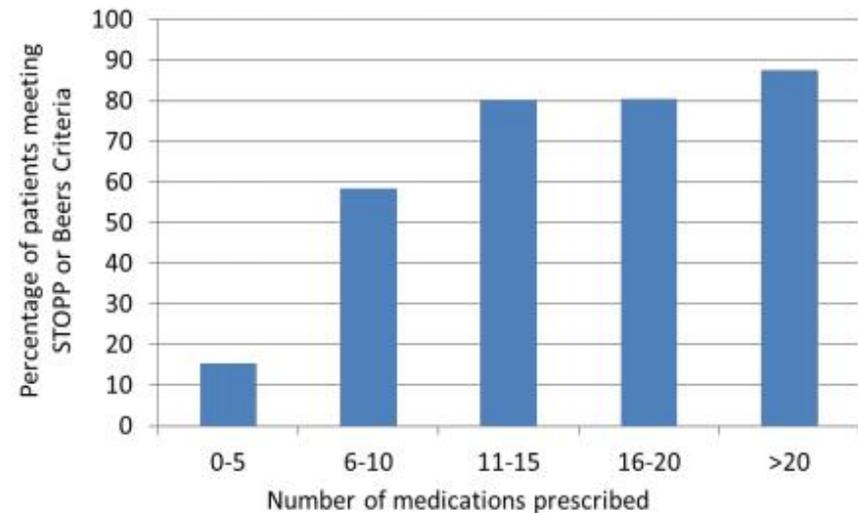
248 personas VIH+, edad media 57,8 años

Table 2. Medications Prescribed Per Patient

| | |
|---|------------|
| Total no. of chronic medications, mean (SD) | 14.2 (5.9) |
| No. of prescribed chronic medications, N (%) | |
| 0-5 | 14 (5.7) |
| 6-10 | 51 (20.1) |
| 11-15 | 95 (38.3) |
| 16-20 | 48 (19.4) |
| > 20 | 40 (16.1) |
| No. of chronic medications excluding antiretrovirals, mean (SD) | 11.6 (5.7) |
| Antiretroviral pill burden, mean (SD) | 3.5 (2.0) |
| No. of as-needed medications, mean (SD) | 2.4 (2.0) |

SD = standard deviation.

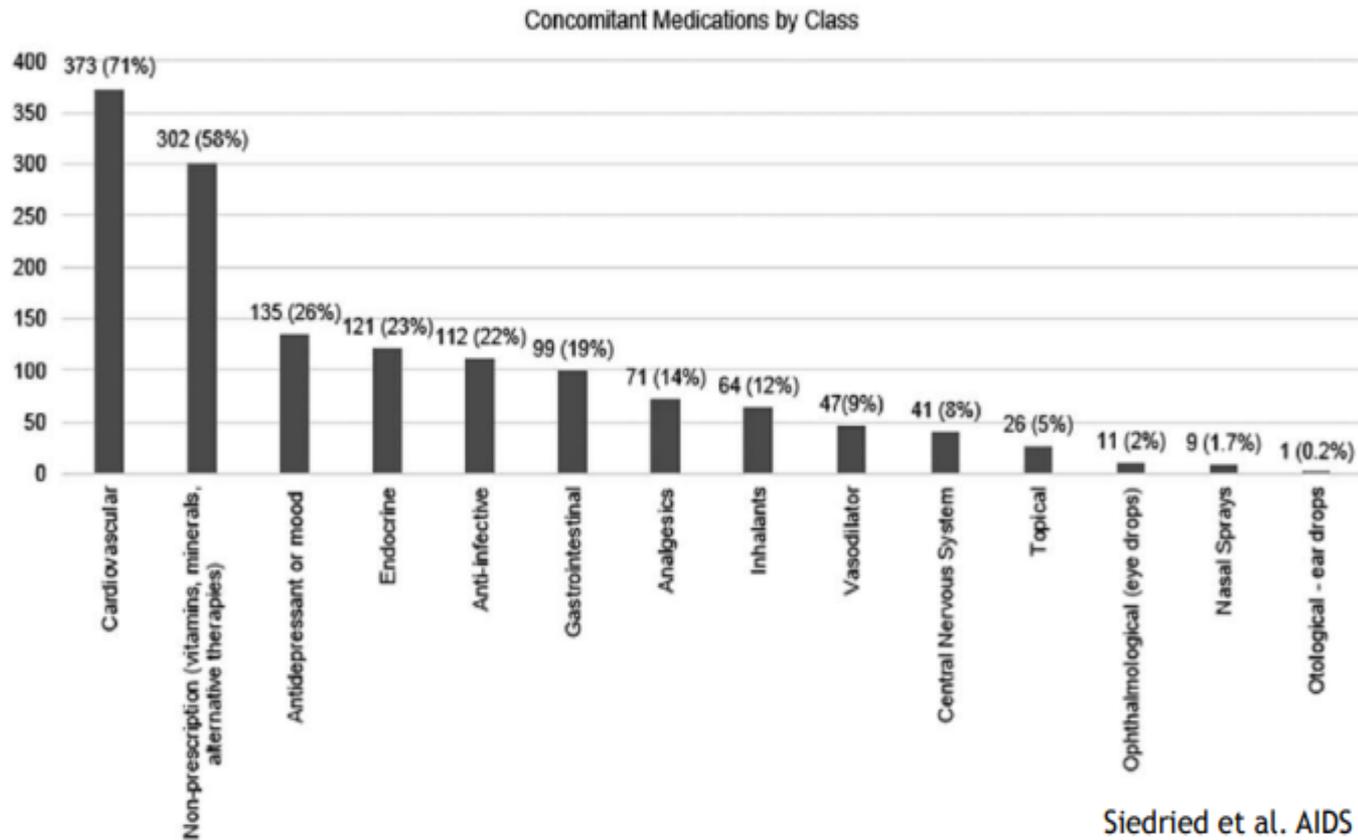
Prevalence of patients meeting STOPP or Beers Criteria according to the number of prescribed medications



was identified in 54% and 63% of patients using the STOPP and Beers Criteria, respectively. Twenty-five contraindicated drug interactions were identified in 20 patients. After the pharmacist visit, at least 69% of patients had at least one medication discontinued with almost 10% having six or more medications discontinued. More than 40% of patients had at least one Beers or STOPP criteria that required immediate correction by the pharmacist.

PIP

- De 522 pacientes:
- 23% con polifarmacia
 - 3,3% con terapias contraindicadas
 - 45% con interacciones medicamentosas
 - 12% con adherencia inadecuada





HIV Drug Interactions



UNIVERSITY OF
LIVERPOOL

● Do Not Coadminister ■ Potential Interaction ▲ Potential Weak Interaction ◆ No Interaction Expected

| | DRV/c | EVG/c/FTC/TAF |
|----------------|-------|---------------|
| → Atorvastatin | ■ | ■ |
| Enalapril | ◆ | ◆ |
| Lorazepam | ◆ | ◆ |
| → Metformin | ■ | ■ |
| → Sertraline | ▲ | ◆ |

Polifarmacia- interacciones

Drug-drug Interactions between ARVs and non-ARVs

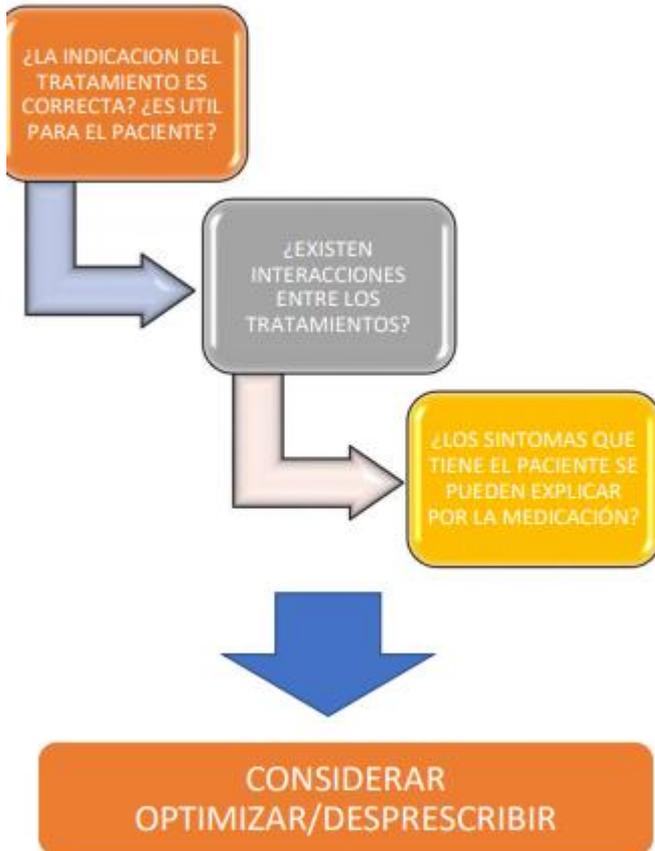
| Non-ARV drugs | ATV/c | ATV/r | DRV/c | DRV/r | LPV/r | DOR | EFV | ETV | NVP | RPV | MVC | BIC | DTG | EVG/c | RAL | ABC | FTC | 3TC |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|------|------|-----|-------------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|
| atorvastatin | ↑822% | ↑ | ↑290% | ↑ | ↑490% | ↓2% | ↓43% | ↓37% | ↓ | ↑4% D10% | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| fluvastatin | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↔ | ↔ | ↑ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| pravastatin | ↑ | ↑ | ↑ | ↑81% | ↔ | ↔ | ↓44% | ↓ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| rosuvastatin | ↑242% | ↑213% | ↑193% | ↑48% | ↑108% | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↑38% | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| simvastatin | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↔ | ↓68% | ↓ | ↓ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |

| Cardiovascular drugs | Drugs used to lower LDL-c | | Dose | Side effects | Advise on use of statin together with ART | |
|-------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| | Drug class | Drug | | | use with PI/r | use with NNRTIs |
| Statin ^(i,x) | | atorvastatin ⁽ⁱⁱ⁾ | 10-80 mg qd | Gastrointestinal symptoms, headache, insomnia, rhabdomyolysis (rare) and toxic hepatitis | Start with low dose ^(v) (max: 40 mg) | Consider higher dose ^(vi) |
| | | fluvastatin ⁽ⁱⁱⁱ⁾ | 20-80 mg qd | | Consider higher dose ^(vi) | Consider higher dose ^(vi) |
| | | pravastatin ⁽ⁱⁱⁱ⁾ | 20-80 mg qd | | Consider higher dose ^(vi,vii) | Consider higher dose ^(vi) |
| | | rosuvastatin ⁽ⁱⁱ⁾ | 5-40 mg qd | | Start with low dose ^(v) (max: 20 mg) | Start with low dose ^(v) |
| | | simvastatin ⁽ⁱⁱⁱ⁾ | 10-40 mg qd | | Contraindicated | |
| CNS drugs | Intestinal cholesterol absorption inhibitor ^(i,viii) | ezetimibe ^(iv) | 10 mg qd | Gastrointestinal symptoms | No known drug-drug interactions with ART | |
| | PCSK9-inhibitor ^(x) | evolocumab | 140 mg 2 weekly or 420 mg monthly | Nil | No drug-drug interactions anticipated | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|----|---|------|------|---|------|---|---|----|---|---|---|-----|-----|---|---|---|---|---|
| phenytoin | D | ↓D | D | ↓D | ↓D b | D | ↓D | D | D | D | D | D | D | D | D b | D | ↔ | ↔ | D | ↔ |
| pimozide | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↔ | ↑ | ↓ | ↓ | ↔c | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| sertraline | ↑ | ↓ | ↑ | ↓49% | ↓ | ↔ | ↓39% | ↓ | ↓ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↓7% | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |
| triazolam | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↔ | ↓ | ↓ | ↓ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↑ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ | ↔ |

DESPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA TERAPIA NO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

(ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2018)



- Proceso terapéutico multidisciplinar, estructurado y dinámico, de reevaluación de la terapia prescrita.
- Su objetivo es mejorar los resultados en salud (disminuyendo la medicación inadecuada).
- Se debe adaptar a la situación del paciente.
- Que requiere tiempo y recursos.
- Que en ocasiones no aporta un beneficio inmediato.
- Que requiere seguimiento.

Crterios de priorizaci3n en la poblaci3n VIH para realizar la desprescripci3n seg3n las caracterfsticas de los pacientes.

ADHERENCIA

| | |
|---|---|
| Pacientes fr3giles y/o con expectativas de vida limitadas: | ndice de VACS > 25 |
| Pacientes polimedicados | Administraci3n de > 5 medicamentos de manera cr3nica |
| Pacientes con mayor riesgo global de no conseguir los objetivos farmacoterap3uticos propuestos: | Pacientes de prioridad 1 seg3n el modelo de estratificaci3n de VIH de la SEFH |
| Pacientes de edad avanzada: | > 50 aros |

TRATAMIENTO

Metformina 850 mg QD

Rosuvastatina 10 mg cena

Enalapril 10 mg QD

Sertralina 100 mg QD

Lorazepam 1 mg noche

Calcifediol cada 15 d3as

VACS Index Calculator

Age:

Sex: Female Male

Race: black other

CD4: ≥500 350 to 499 200 to 349 100 to 199 50 to 99 <50

HIV-1 RNA: <500 500 to 99,999 ≥100,000

Hemoglobin: ≥14 12 to 13.9 10 to 11.9 <10

AST (SGOT):

ALT (SGPT):

Platelet count:

FIB-4: <1.45 1.45 to 3.25 >3.25

Serum Creatinine: 1.3 For serum creatinine use a decimal number

eGFR: ≥60 45 to 59.9 30 to 44.9 <30

Hepatitis C: No Yes

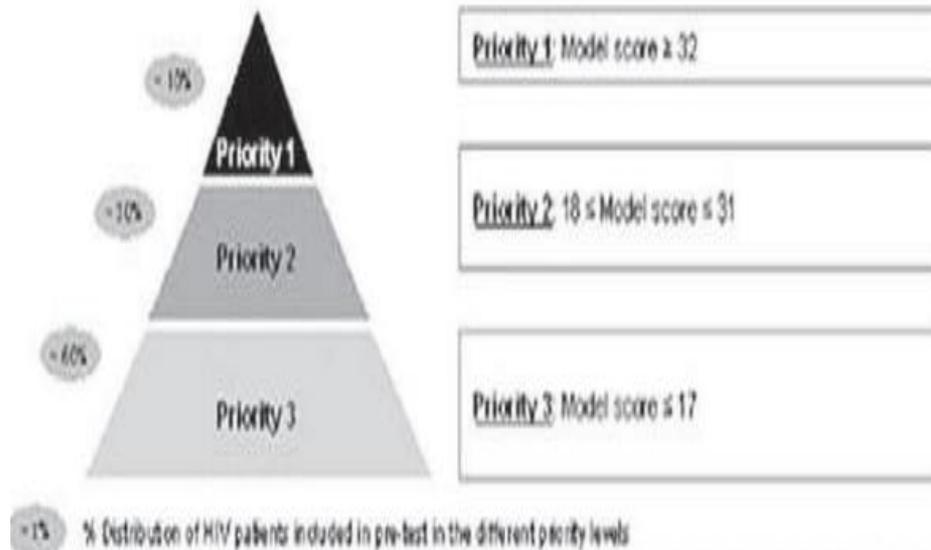
VACS index: 5 Year Mortality: 32.1% [What it means?](#)

ORIGINALES

Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients

Ramón Morillo-Verdugo¹, José Manuel Martínez-Sesmero², Alicia Lázaro-López³, Javier Sánchez-Rubio⁴, Herminia Navarro-Aznárez⁵ and Monike deMiguel-Cascón⁶

¹FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme. AGS Sur de Sevilla, Sevilla. ²FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen de la Salud, Toledo. ³FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁴FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ⁵FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁶FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital de Cruces, Barakaldo. España.



➤ Estratifica a la población VIH en función de 4 características del paciente:

- Demográficas - Sociosanitarias
- Clínicas - Farmacoterapéuticas

➤ Actuaciones farmacéuticas orientadas a las características específicas de los pacientes

Tabla 5 Variables demográficas y sociodemográficas con el virus de la inmunodeficiencia

| Variables y pesos relativos del modelo de la SEFH | |
|---|------------|
| Tipología de la variable | Variable |
| Variables demográficas | Edad |
| | Embarazo |
| | Nivel educ |

Variables sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional

| | |
|--|--|
| Hábitos de no salud | Trastornos mentales, deterioro cognitivo y dependencia funcional |
| | Puntuación de la variable |
| Factores relacionados con el tratamiento profesional | |
| | |
| Soporte social y condiciones socioeconómicas | |
| | |

PHQ-9: Patients Health Questionnaires;

Tabla 6 Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios del modelo de selección al paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana con o sin virus de la hepatitis C

| Tipología de la variable | Variable | Definición |
|---|-------------------------------|---|
| Variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios | Pluripatología/comorbilidades | El paciente presenta dos o más enfermedades con especial complejidad o como: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad cardiovascular - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Síndrome metabólico - Cirrosis hepática - Delirio neuropsiquiátrico |
| | | |
| | | |
| | | |

| | PUNTUACIÓN | PERIODICIDAD SCREENING | PERIODICIDAD SFT |
|--------------------|---------------|------------------------|------------------|
| Prioridad 1 | >31 | c/6 meses | 1-2 meses |
| Prioridad 2 | 18-31 | Anual | 3-4 meses |
| Prioridad 3 | <18 | Anual | 6-8 meses |

Tabla 7 Variables relacionadas con la medicación del modelo de selección y estratificación de pacientes con el virus de la hepatitis C

| Tipología de la variable | Variable | Definición | Peso |
|--|-------------------------------|--|------|
| Variables relacionadas con la medicación | Polimedicación | El paciente toma más de 6 fármacos (incluyendo TAR) | 4 |
| | Riesgo de medicación | El paciente toma algún medicamento incluido en el listado del ISMP español de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos <i>A modo informativo se registrarán los medicamentos</i> | 2 |
| | Interacciones del tratamiento | 1 interacción potencial que requiera monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis <i>Puntuación máxima de la variable: 4</i> <i>A modo informativo se registrarán las interacciones</i> <i>Potencial interacción: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration</i> | 2 |
| | | ≥ 2 interacciones potenciales que requieran monitorización de algún parámetro (por ejemplo, PA, niveles plasmáticos de algún fármaco) o modificación de la dosis <i>Potencial interacción: may require close monitoring, alteration of drug dosage or timing of administration</i> | 4 |
| | | no recomendadas <i>not be coadministered</i> | 4 |
| | | documentadas en las bases de datos de Lexicomp, Micromedex, ficha técnica, | 2 |
| | | los cambios en el régimen de medicación meses | 3 |
| | | enzado TAR hace menos de < 6 meses | 3 |
| | | que el paciente padece o puede padecer utilización de la aplicación PREDICTOR (evado) y registraré el valor de Predictor | 4 |
| | Aderencia | < 90 % según las dispensaciones realizadas en los últimos 6 meses o abandono previo de un TAR <i>A modo informativo se registraré el porcentaje de adherencia</i> | 4 |
| | Índice de complejidad | > 5 según el http://indicecomplejidad.com/ <i>A modo informativo se registraré el índice de complejidad</i> | |
| | Satisfacción al TAR | < 7, mediante el empleo de una escala EVA de 0-10 (no satisfecho-muy satisfecho) <i>A modo informativo se registraré el valor de satisfacción con el TAR</i> | 2 |

ISMP: Institute for Safe Medication Practices; PA: presión arterial; PRIM: problema relacionado con el medicamento; TAR: tratamiento antirretroviral.

Puntuación máxima: 30

Puntuación máxima: 19

Puntuación máxima: 11

DESPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE LA TERAPIA NO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

(ACTUALIZACIÓN OCTUBRE 2018)

ADHERENCIA

DECÁLOGO DE RECOMENDACIONES

Revisar la medicación conjuntamente con los pacientes en relación a su farmacoterapia

Suspender aquellos medicamentos que no aporten beneficio

Prescribir fármacos solo cuando sea necesario

Evitar fármacos potencialmente peligrosos en pacientes con demencia avanzada

Revisar y ajustar las dosis de los fármacos

Simplificar el régimen de medicación

Evitar o eliminar los tratamientos con fármacos de alto costo

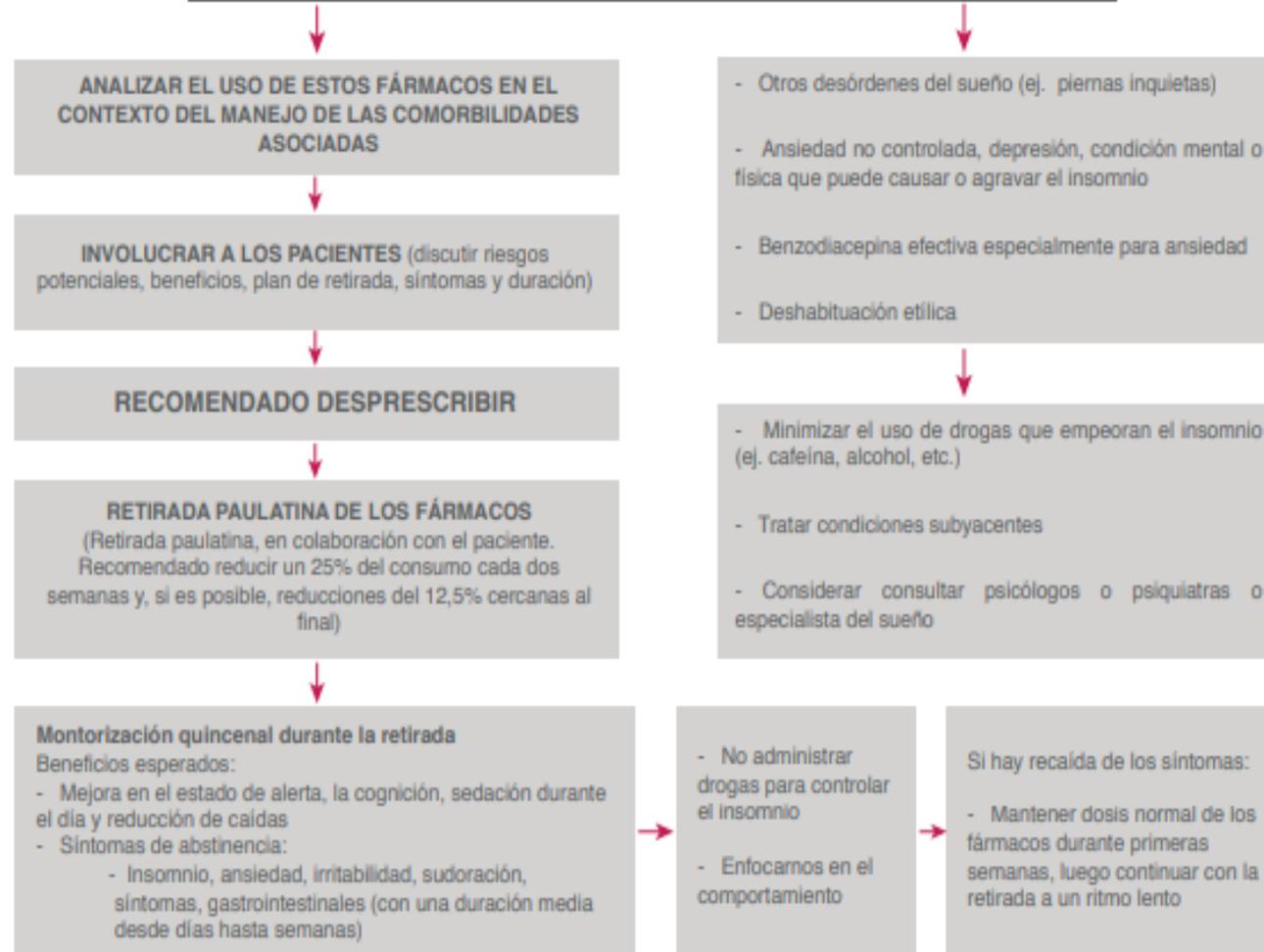
Limitar, en la medida de lo posible, el uso de fármacos de venta libre

Identificar, prevenir y reducir los efectos adversos de la medicación

Evitar la prescripción de fármacos de uso limitado

| GRUPO DE FÁRMACOS | INDICACIÓN CLÍNICA | CONDICIÓN SUSCEPTIBLE A DESPRESCRIPCIÓN |
|---------------------|---|--|
| Estatinas | Prevención secundaria | Demencia avanzada |
| | Hipercolesterolemia en prevención primaria | Mayores 80 años |
| Antiagregantes | Prevención primaria | Dosis AAS 300 mg no indicada |
| | Prevención secundaria | Terapia doble antiagregante >1 año tras evento |
| Antihipertensivos | HTA | >80 años con TA <160/90 y >2 antihipertensivos |
| | Cualquiera | ≥2 antihipertensivos de la misma clase |
| Antipsicóticos | Demencia | Tratamientos >6-12 semanas |
| | Psicosis, agresión o agitación | Tratamientos ≥3 meses con síntomas controlados o sin respuesta al tratamiento |
| Antidepresivos | Insomnio | Cualquiera |
| | Depresión mayor | Tratamiento >6 meses tras remisión de primer episodio |
| Benzodiacepinas | Insomnio/ansiedad | - ≥65 años |
| | | - 18-64 años: uso de BZD >4-12 semanas |
| Antidiabéticos v.o. | Diabetes | > 80 años con DM de 10 años de evolución y en tratamiento con insulina |
| | | Tratamiento >8 semanas |
| IBP | Esofagitis leve-moderada, reflujo gastroesofágico y úlcera péptica sin riesgo de sangrado | No riesgo teniendo en cuenta características del paciente y medicación concomitante (medicación gastrolesiva: corticoide, AINE, COXIBs, antiagregantes y anticoagulante) |
| | Protección gástrica sin riesgo de sangrado | |

Recomendaciones para la desprescripción de benzodicepinas en pacientes VIH



PLAN CASO CLINICO 1

ADHERENCIA



- Clasificamos a la paciente “ **prioridad 1**” SFT c/2 meses
- **Vigilar ADH.**
- **Comunicamos** a su médico lo ocurrido y **registramos la adherencia** en la HC/PEA de la paciente.
- Aconsejamos **revisar la prescripción** de sertralina y lormetazepam
- **Alianza/ Apoyo social.** Vecina trabajadora del centro. Organizamos con ella la medicación. SEMANAL
- Información interacciones y posibles EA, **reducir dosis de atorvastatina** así como **información de los medicamentos en planilla**
- Mejoramos la **accesibilidad** de la paciente

¿Puedo MEJORAR la adherencia terapéutica de este paciente?

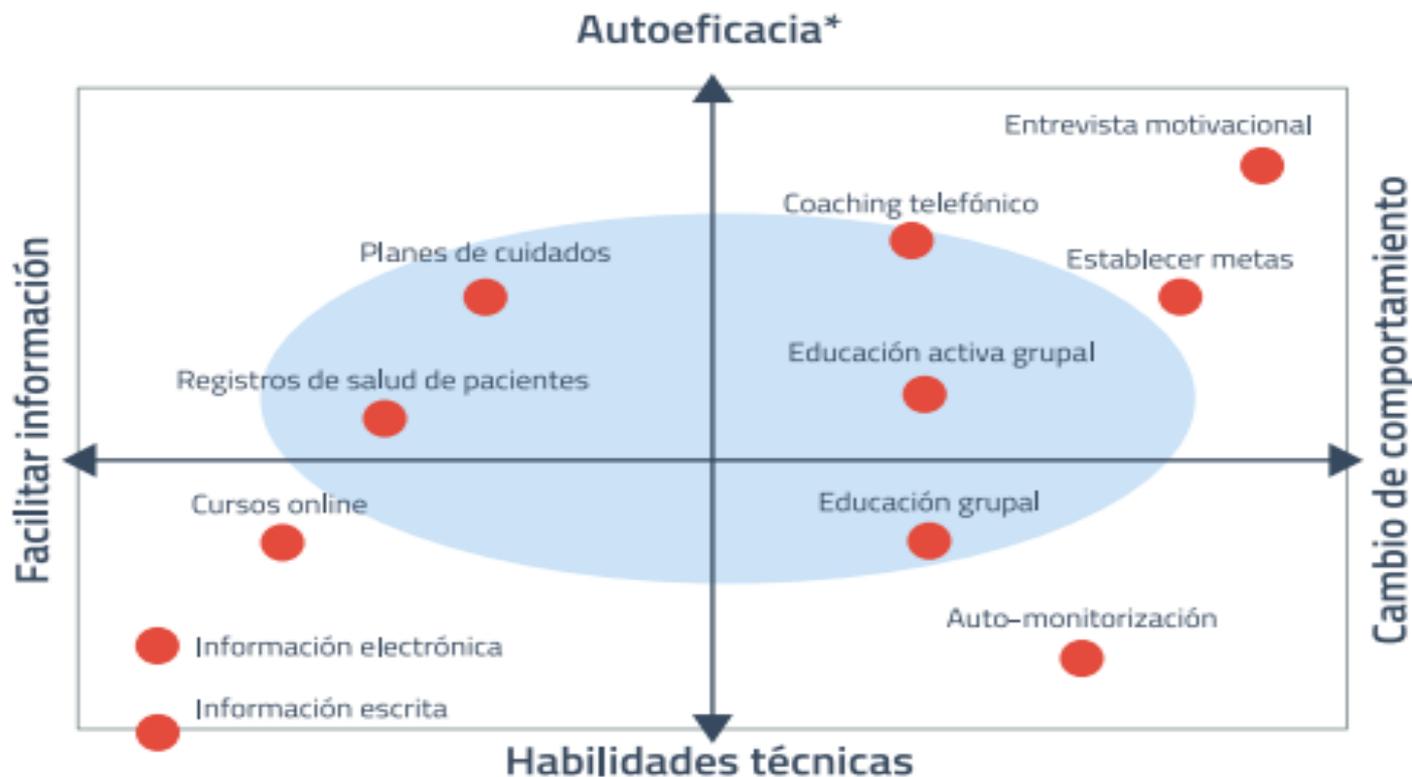


- a) Trabajar la CORESPONSABILIDAD
- b) FORMAR al paciente: desarrollar, instruir, educar
- c) Dispensándole la medicación de forma anual
- c) Las dos primeras

Si el paciente adopta un papel activo en la gestión de su salud, su enfermedad y las tecnologías prescritas (medicamentos) sus resultados en salud son mejores

Intervenciones que han probado evidencia en autogestión.

ADHERENCIA



* Confianza de la persona en cuidarse a sí misma: capacidad para aprender y realizar con éxito un tratamiento específico. Los pacientes **están empoderados y motivados** para manejar sus problemas de salud cuando se sienten confiados en su habilidad para lograr este objetivo.

Fuente: The Health Foundation (2011).



Grupo en Español de Trabajo
en Entrevista Motivacional

ADHERENCIA

- Inicio
- Próximas actividades
- Actividades pasadas
- ¿Qué es GETEM?
- Inscríbete en GETEM
- Información Entrevista Motivacional
- Buscar Formación EM
- Contacto

Definición

Es la actividad profesional por la cual el farmacéutico se vincula con el paciente y el resto de profesionales sanitarios para atender a éste en función de sus necesidades, planteando las estrategias para alinear y alcanzar los objetivos a corto y medio-largo plazo en relación a la farmacoterapia y utilizando las TIC's y las TAC's para llevar a cabo una interacción continuada con el mismo

Pilares

CAPACIDAD

MOTIVACION

OPORTUNIDAD



El centro del modelo
es EL PACIENTE

HERRAMIENTAS

ESTRATIFICACION

TIC's y TAC's

ENTREVISTA
MOTIVACIONAL

TRABAJO POR OBJETIVOS EN RELACION A LA FARMACOTERAPIA



CAPACIDAD

Atención individualizada en base a las necesidades de los pacientes



MOTIVACION

Capacidad de alinear objetivos a corto con objetivos a medio-largo plazo de los pacientes



OPORTUNIDAD

Toma de decisiones compartidas en tiempo real o off para con los pacientes

EMPATIA

EVITAR DISCUTIR

TRABAJAR LA
RESISTENCIA

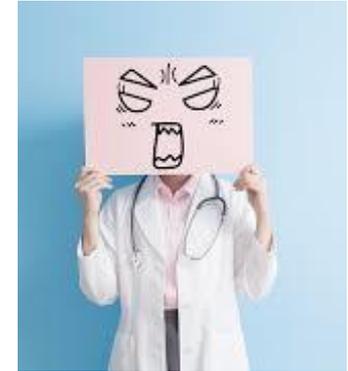
PROMOVER LA
AUTOEFICACIA

PROVOCAR
“DISCREPANCIAS
INTERNAS”

| Enfoque tradicional | Enfoque de la entrevista motivacional |
|--|--|
| «¿En un día típico, cuantas veces olvida la medicación?» <i>(se culpabiliza y da por sentado que el paciente no realiza correctamente su tratamiento)</i> |  |
| «¿Cuándo va a tomarse las pastillas correctamente?» <i>(damos por sentado que el paciente no está llevando a cabo el tratamiento o no es capaz de lograrlo por sí solo)</i> |  |
| «¿Cree que el tabaco afecta a su vida?» <i>(la respuesta es obvia para la mayoría de pacientes)</i> |  |
| «¿Le preocupa su analítica?» <i>(la respuesta es obvia para la mayoría de pacientes)</i> |  |

Actitudes ante la no adherencia

- Minimizar o ignorar las quejas del paciente sobre los efectos secundarios.
- Sermonear sobre la importancia de tomar la medicación
- Estilo confrontativo
- Damos por finalizado el tratamiento, "tiramos la toalla".
- Mantener un estilo dominante en nuestra comunicación



ADHERENCIA

Proceso activo de cambio /Aceptación y normalización/
Responsabilización y autoeficacia

- Clasificamos a la paciente “de **prioridad 3**” para SFT- anual
- Enfocamos en estrategias dirigidas al paciente. **COUNSELLING**
- Uso de teléfono móvil (aplicaciones ADH, informaci interacciones) y paginas webs de consulta. **PACIENTE 2,0**
- Mejoramos la accesibilidad del paciente a nuestro Servicio a través de correo electrónico
- Objetivo es **mantener la ADH** del paciente y conseguir que el paciente sea **activo y empoderado**.



Consulta de Atención Farmacéutica
Patologías Viricas



Para concluir....

ADHERENCIA



Valoración pretratamiento:

- Conocer la preparación del paciente para el inicio del tratamiento.
- Conocer el nivel educativo y las creencias sobre el VIH y el tratamiento:
 - * Asesorar sobre las vías de transmisión, los factores de riesgo de progresión de la infección, el tratamiento.
- Conocer cómo el estilo de vida facilita o pone barreras a la adherencia:
 - * Evaluación de la situación social y cultural, nutrición, uso de alcohol y de drogas.

¿Quiénes son los grupos prioritarios para hacer intervenciones?

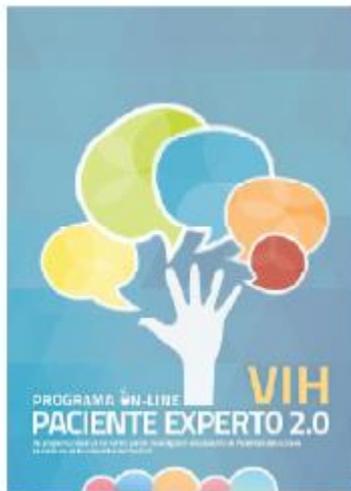
- Consumidores de drogas, chem sex
- Personas mayores, personas sin apoyo familiar, social.
- Personas con problemas socioeconómicos e inmigrantes. Derivar a Servicios Sociales.

Recomendaciones generales para la adherencia en el paciente VIH

ADHERENCIA



- Valorar sistemáticamente ADH TAR y no TAR. Registrar PEA
- Generar vínculo paciente: facilitar que notifique su realidad
- Formarse entrevista motivacional/asesoramiento
- El control de la adherencia debe ser llevado a cabo por un **equipo multidisciplinar**



“Generalmente las personas se convencen **más por las razones que descubren ellas mismas**, que no por las que les explican los demás”

Blaise Pascal (1623-1663)