

OSI  
Uribe



# **Jornada de Adherencia al tratamiento: Paciente con enfermedad inmunomediada “reumatológica”**

Olatz Ibarra. PharmD, PhD.

Hospital de Urduliz- Alfredo Espinosa. OSI URIBE

# “Adherencia a la medicación”

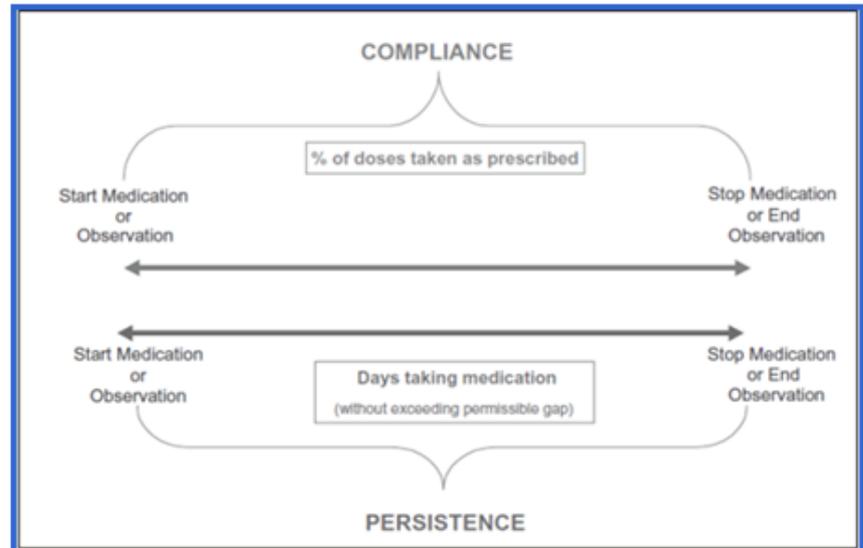
## ADHERENCIA

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, persistencia...  
exposición al fármaco??





Anamnesis e historia clínica: Mujer de 69 años, **María**, que acude al servicio de farmacia por primera vez tras fracaso a FAMEs clásicos y actividad alta de artritis reumatoide.

Impresión Diagnóstica / Diagnóstico:  
**Artritis Reumatoide FR y CCP+++ erosiva**, diagnosticada en 2011  
Elevación crónica de enzimas hepáticos de probable origen medicamentoso (limita MTX y AINEs).  
Antecedentes: herpes zóster en 2017

Análisis:  
GGT 75, FA 167  
Hb 13.1; VCM 76,5  
PCR 30.19; VSG 12mm; FR 190.80



## Plan:

- 1.-Actualmente sin FAME por hepatopatía. Dada la agresividad de la enfermedad y los factores de mal pronóstico precisa iniciar terapia biológica o inhibidores de la JAK. Se valora inicialmente Tocilizumab s.c. en monoterapia con vigilancia estrecha del perfil hepático
2. Se comunica a la paciente la decisión de iniciar FAME s.c. (Tocilizumab), muestra su negativa a pincharse mendicación por aversión a las agujas y asociación de su hepatopatía a la inyección.
3. Se reconsidera Baricitinib 4mg/24h por ser terapia oral.

# Pregunta 1. ¿Cómo abordáis la adherencia en la primera visita?

- A- No se habla de adherencia en la primera visita
- B- Se comenta con el paciente la importancia de la adherencia
- C- Se comenta con el paciente la importancia de la adherencia y las consecuencias negativas en salud
- D- Se revisa la adherencia a otros tratamientos

# ATENCIÓN FARMACÉUTICA

- **Visita inicial:** Revisión del tratamiento completo de la paciente y adherencia a tratamientos previos por los registros de dispensación de farmacia (RDF).



# Adherencia a los FAMEs clásicos

## ADHERENCIA AFÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD TRADICIONALES

Autores: Ibarra Barrueta O, Ibarra García E, Pérez Díez E, Alkiza Uribe N, Ruibal Escribano A, Hernando Rubio I.

### OBJETIVO

Conocer el nivel de adherencia a FAME clásico en nuestra área de salud.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- > **Selección:** prescripciones activas de FAME clásico (azatioprina (AZA), hidroclicloroquina (HCQ), leflunomida (LFN), metotrexato (MTX), sulfasalazina(5-ASA), a abril de 2018, en una comarca de 214 000 habitantes.
- > **Adherencia:** se calcula la tasa de posesión de medicación (TPM) en 8 meses previos. Se utilizan dispensaciones reflejadas en receta electrónica.
- > **Exclusión:** adherencia = 0, por considerarse tratamientos no suspendidos.

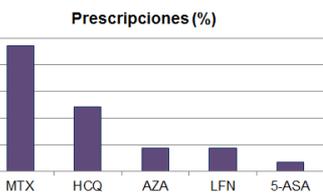
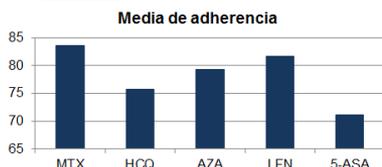
### RESULTADOS:

- > 1582 pacientes (1859 pacientes iniciales. Se excluyen 130 pac. con adherencia cero y 147 pac. con FAME no clásico)
  - 1511 terapia simple
  - 71 terapia doble o triple

- Mujeres: 66,3%      Edad media 58,5 años (DS 15)
- Hombres: 33,7%

- > **Metotrexato:** n° tratamientos: 467 (57,3%) oral vs. 348 (42,7%) parenteral,
  - Dosis media
    - ✓ Oral: 11,8 mg (DE 4,3). Mediana: 10 mg (IQR25-75:7,5-15 mg)
    - ✓ Parenteral: >16,3 mg (DE 5,7). Mediana: 15 mg (IQR 12,5-20 mg)
  - Adherencia media: similar oral-parenteral: MTX oral: 83,8% (DE 23,1), MTX parenteral: 83,4% (DE 22,2)

### > Adherencia:



Adherencia > 80%	66,30%
Adherencia > 95% (completamente adherentes)	40%
<b>Adherencia media general</b>	<b>80,4% (DS 24,6)</b>
<b>Mediana</b>	<b>90, 11% (IQR25-75:68,9-98,5%)</b>

### CONCLUSIONES

- > El FAME más prescrito en nuestra área: Metotrexato.
- > Adherencia media a FAME clásico: es alta, en torno 80% (independiente de la vía en el MTX)
- > Cuestiones pendientes: ¿menor adherencia supone peor control de la enfermedad? ¿supone esto un inicio más temprano del biológico?

- Estimación de adherencia difícil
  - **Persistencia** al año 50-94%  
25-79% a los 5 años
- Motivos: **tolerancia** (23- 79%) > **ineficacia** (6-72%)

The screenshot shows the article page on The Journal of Rheumatology website. The article title is "Adherence and Persistence with Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review" by Jeffrey R. Curtis, Vhian P. Bykerk, Maher Aassi and Michael Schiff. The abstract states: "Objective. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis (RA) is typically suboptimal. Nonadherence has been associated with symptom worsening and increased disability. We systematically reviewed published clinical studies to evaluate methotrexate (MTX) adherence and persistence, factors associated with MTX adherence and persistence, and the effect of MTX nonadherence on clinical outcomes in RA."

Curtis JR, Bykerk VP, Aassi M, Schiff M. Adherence and Persistence with Methotrexate in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. J Rheumatol. 2016 Nov;43(11):1997-2009.

**80% adherencia para MTX**

Table 1. Adherence to MTX and associated factors in patients with RA.

Study	Patients Receiving MTX, n	Duration of Followup	Measurement	Adherence to MTX	
				Adherence Definition: Rate	Factors Associated with Adherence
Prospective studies by publication yr					
de Klerk, <i>et al</i> <sup>19</sup>	23	6 mos	MEMS	Mean percentage of prescribed doses taken: 107% Mean doses taken at correct dosage: 81% Mean doses taken at correct time: 83%	(+) Less frequent dosing <sup>a</sup> (+) Female sex <sup>a</sup> (+) Better coping <sup>a</sup> (-) Better perceived health <sup>a</sup>
de Thurah, <i>et al</i> <sup>23,b</sup>	85 <sup>b</sup>	9 mos	CQR score	Median CQR 70.6, IQR 42.1–91.2	(-) Better perceived health <sup>a</sup> None identified
Contreras-Yáñez, <i>et al</i> <sup>9</sup>	93	6 mos	Drug record registry <sup>c</sup>	MTX taken correctly ≥ 80% of time: 78% (monotherapy), 14%–49% (combination therapy)	(-) Higher ESR (-) Combination therapy vs monotherapy
Marwaha, <i>et al</i> <sup>24</sup>	50	3 mos	Patient self-report, interview	Patients who took all MTX doses as prescribed: 92%	NR
Waimann, <i>et al</i> <sup>12</sup>	76	2 yrs	MEMS	Weeks in which patients took MTX as prescribed: 63%	(+) Being married or having significant other <sup>a</sup> (+) Lower disease activity <sup>a</sup> (+) Better mental health <sup>a</sup>
Pasma, <i>et al</i> <sup>25</sup>	115	1 yr	MEMS	≥ 80% adherent at 3 mos: 91.2%, ≥ 80% adherent at 12 mos: 69.3%	NR
De Cuyper, <i>et al</i> <sup>26</sup>	129	4 mos	MEMS, CQR score, MARS-5 score, VAS	≥ 80% adherent at 4 mos (MEMS): 91%, ≥ 80% adherent at 16 weeks (CQR): 85.7%, mean MARS-5 score at 16 weeks: 24.2, mean adherence at 16 weeks (VAS): 94%	(+) Comorbidities (+) Better mental health (-) Living alone
Retrospective studies by publication yr					
Harley, <i>et al</i> <sup>20</sup>	1668	1 yr	Claims data	MPR <sup>d</sup> ≥ 80%: 64%	NR
Grijalva, <i>et al</i> <sup>21</sup>	NR <sup>e</sup>	180 days	Claims data	Median MPR <sup>d</sup> 59%, 95% CI 31–82	NR
de Thurah, <i>et al</i> <sup>22,a</sup>	941	Median 12.5 mos, IQR 7.3–30.6	Claims data	Mean CMG <sup>f</sup> 12.3% <sup>g</sup> , 95% CI 11.5–13.2	(+) CRP > 32 ng/l (-) Ulcer/mild liver disease (-) Age > 67 yrs (+) White
Cannon, <i>et al</i> <sup>11</sup>	455	Mean 42.7 ± 31.2 mos	Claims data	MPR <sup>d</sup> ≥ 80% over first course of MTX: 84%	(+) Lower disease activity at enrollment (+) Lower ESR at enrollment
Mueller, <i>et al</i> <sup>27</sup>	1157	24 mos	Claims data	MPR at 1 yr: 69.7% MPR at 2 yrs: 59.9% MPR at 2 yrs during periods of therapy continuation only: 95%	NR

# Resolución de problemas e Información de medicamentos

- **Resolución de p**  
aversión a las ag

*Historia previa de hepa  
asociaron a un consumo  
indignada. Se notifica  
adversa e intenta explica  
ligada al medicamento (o*



mentos:

*mente la  
ntió muy  
reacción  
dad está  
s.*

- **Inform**  
*importa*  
*embala*  
Información

MEDICAMENTO O PRODUCTO SANITARIO Instrucciones	Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Acostarse	Revisión o Finalización
Tratamientos crónicos de larga duración						
OLUMIANT 4MG 28 COMPR RECUBIERTOS ORAL 1 (COMPRI) DESAYUNO REUMATOLOGIA	1 (COMPRI)					28/02/2020
Tratamientos en caso de necesidad (a demanda)						
<b>Información al Paciente</b>						
- En esta hoja constan todas las prescripciones activas e instrucciones introducidas en el sistema de prescripción de Osakidetza. Esta hoja no es una receta. - Conserve este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.						

# Adherencia en 1ª visita



Pregunta 2- ¿Medís la adherencia al tto biológico en reumatología? Y con que frecuencia?

- A- Medimos sistemáticamente en cada visita
- B- Medimos la adherencia anualmente o de vez en cuando
- C- Medimos la adherencia solamente en los pacientes complejos
- D- No podemos medir la adherencia

# Adherencia en AR

Patient Preference and Adherence  
Dovepress  
open access to scientific and medical research  
REVIEW  
Open Access Full Text Article  
Medication adherence and persistence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a narrative review

Patient Preference and Adherence  
Dovepress  
open access to scientific and medical research  
REVIEW  
Open Access Full Text Article  
Medication adherence and persistence in patients with rheumatoid arthritis, psoriasis, and psoriatic arthritis: a systematic literature review

This article was published in the following Dove Press journal:  
Patient Preference and Adherence

Laura-Alexandra Anghel<sup>1,\*</sup>  
Andreea Maria Farcaș<sup>2,\*</sup>  
Radu Nicolae Oprean<sup>1,\*</sup>

**Background:** S... however, their e... adherence and p... associated with h...  
**Purpose:** To pr... rates, and discus... diseases.  
**Materials and**

Mwangi J Murage<sup>1</sup>  
Vanita Tongbram<sup>2</sup>  
Steven R Feldman<sup>3</sup>  
William N Malatestinic<sup>1</sup>  
Cynthia J Larmore<sup>1</sup>  
Talia M Muram<sup>1</sup>  
Russel T Burge<sup>1,4</sup>  
Charles Bay<sup>2</sup>  
Nicole Johnson<sup>2</sup>  
Sarah Clifford<sup>3</sup>

**Purpose:** Proper adherence and persistence to medications are crucial for better quality of life and improved outcomes in rheumatoid arthritis (RA), psoriasis (PsO), and psoriatic arthritis (PsA). We systematically describe current adherence and persistence patterns for RA, PsO, and PsA, with a focus on biologics and identifying factors associated with adherence and persistence.  
**Patients and methods:** Using various databases, a systematic literature review of US-based studies published from 2000 to 2015 on medication adherence and persistence to biologics and associated factors was conducted among patients with RA, PsO, and PsA.  
**Results:** Using the medication possession ratio or the percentage of days covered >80%, RA and PsO adherence rates for etanercept, adalimumab, and infliximab ranged from 16% to 73%, 21% to 70%, and 38% to 81%, respectively. Using the criteria of a ≥45-day gap, RA

Murage 2018 (revisión 2000- 2015): Adherencia % TPM: 16-73% etanercept; 21-70% ADA; 38-81% INF

Anghel 2018 (revisión 2015- 2017): Adherencia 9,3- 94%  
Persistencia 23- 80%

**Table 1** Adherence and persistence

Study	Population and rheumatic disease	Study size	Type of medication	Adherence/persistence definition and measurement	Study outcome	Adherence/persistence (%)
Morgan et al <sup>18</sup> UK  Prospective cohort Follow-up at baseline, 6, 12, and 18 months	First-time ADA users RA	329	ADA ADA+csDMARDs	Self-reported questionnaire CQR19 (mail) CQR score (0–100) CQR <65 low-adherence The extent to which a patient's behavior in taking their medication corresponds to agreed recommendations by their health care provider	Adherence 6 months 12 months 18 months	76.76 76.32 76.7
Kumar et al <sup>17</sup> UK  Cross-sectional	Existing users RA	180	csDMARDs or anti-TNF $\alpha$	Self-reported questionnaire (interview) MARS-6 score (6–30) MARS $\geq$ 26 (high adherence) No definition cited in the article	Adherence White British  South Asian	76.9  58.4
Gadallah et al <sup>19</sup> Egypt  Cross-sectional	Existing users RA	140	csDMARDs+NSAIDs	Self-reported questionnaire Interview 1. MMAS-8 score (<6 low, 6–7 medium, and >8 high adherence) 2. Rate of prescription refilling Late/on time The extent to which patients take medications as prescribed by their health care providers 3. DAS28 score: DAS28>5.1 high disease activity. DAS28<3.2 low disease activity. DAS28<2.6 remission.	Adherence Low Medium High  Rate of prescription refilling  Late On time	90.7 9.3 0   75.7 24.3
Salaffi et al <sup>16</sup> Italy  Observational 16 consecutive weeks Longitudinal 12-month follow-up	First-time users of bDMARDs RA	209	Subcutaneous anti-TNF $\alpha$ (ADA, ETN, GOL, or CET) $\pm$ MTX	Self-reported questionnaire (via post or email) A combination of compliance and persistence. MMAS-4 score 0 points = high adherence 1–2 points = average adherence 3–4 points = poor adherence	Adherence	79.4
Chu et al <sup>24</sup> USA  Retrospective 1 and 2 years follow-up Claim database	First-time users of ADA or ETN RA	2,151	ADA or ETN $\pm$ csDMARDs, NSAIDs or analgesics	Adherence was measured with PDC (%) and treatment abandonment with attrition rate (%) $PDC (\%) = \frac{\text{Total days drug available}}{\text{Days of follow-up}} \times 100$ PDC $\geq$ 80% adherent PDC <80% nonadherent $\text{Attrition} = \frac{\text{No. of patients abandoning medication}}{\text{No. of patients initiating medication}} \times 100$ Rate (%)	Adherence  Treatment abandonment  ADA ETN	26.8  42.9 32.2

## Pregunta 3. ¿Que método utilizáis para medir la adherencia?

A- Por los registros de dispensación

B- Con cuestionarios genéricos tipo Morisky, etc

C- Con cuestionarios específicos para la AR

D- Otros

# Registros de dispensación

- Método sencillo, el más utilizado en nuestro medio: receta electrónica, hospitales.
- Dispensación centralizada y mensual
- Intervalo monitorización de adherencia mínimo 6 meses
- Limitación: no compartir medicación, ni recogida en distintos hospitales

**PRESBIDE**  
Consultar dispensaciones electrónicas e impresiones de recetas

Consultar y/o modificar Prescripción

**Información de la Prescripción**

Conjunto DOE: 001933 - TRAVOPROST 0,004% COLIRIO 2,5 ML    Contenido: 50 GOTAS    [Cambiar Producto o Conjunto DOE](#)

Principio Activo ATC: TRAVOPROST    Dosis: 1 (GOTAS) ~ 2 (MCG) ~ 0.05 (ML)    Vía de administración: OFTÁLMICA

Tipo: Crónica    Inicio de tratamiento: 26/06/2012    Revisión: -- Seleccione --    25/07/2012    Campaña sanitaria:     Prescrito en domicilio:

Estado: Prescripción activa    Nuevo estado: Activa    Motivo cambio de estado:    Modificada: 26/06/2012

**Datos de la posología**    Datos Adicionales    Modificaciones    Crédito Impreso (Recetas)    Crédito Dispensado (eReceta)

Dosis por toma: 1 GOTAS ~ 2 MCG ~ 0.05 ML

Pauta: cada Desayuno

Duración del envase en días: 30 días    Envases máximos hasta la fecha de revisión: 1

Especificar momento de toma según ingestas    Momento: -- Seleccione --

Desayuno	Comida	Merienda	Cena	Acostarse
----------	--------	----------	------	-----------

Especificar momento de toma horario, no asociado a ingestas

Especificar días de la semana de toma

Instrucciones al paciente propuestas en Vademécum

- Aplicar por la noche.
- Lavarse las manos antes y después de cada aplicación.
- Seguir instrucciones del prospecto.

Instrucciones al paciente adicionales

Advertencias al farmacéutico

[Validar / firmar](#)    [Volver](#)    [Ficha producto o DOE](#)    [Crédito Adicional](#)

**Nº unidades dispensadas - nº unidades teóricas / días entre dispensaciones\*100%**

**“Tasa de posesión de medicación” (TPM)**

**“ Medication possession rate” (MPR)**



# COMPLIANCE QUESTIONNAIRE RHEUMATOLOGY- CQR 19

COMPLIANCE QUESTIONNAIRE RHEUMATOLOGY- CQR		Completamente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Completamente de acuerdo (4)
1.	Si el reumatólogo me dice que tome los medicamentos de la artritis, yo me los tomo				
1.	Me tomo mis medicamentos para la artritis porque entonces tengo menos problemas (dolor de articulaciones, rigidez articular, inflamación articular)				
1.	Yo definitivamente NO OLVIDO tomar mis medicamentos para la artritis				
1.	Si puedo ayudarme con terapias alternativas, prefiero eso a lo que mi reumatólogo prescribe	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	Mis medicamentos están siempre guardados en el mismo sitio y por eso no los olvido				
1.	Me tomo mis medicamentos porque tengo completa confianza en mi reumatólogo				
1.	La razón más importante para tomar mis medicamentos para la artritis es que todavía me permiten hacer lo que quiero hacer				
1.	No me gusta tomar los medicamentos para la artritis; si puedo dejar de tomarlos, lo haré	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	Cuando estoy en vacaciones, a veces no me tomo mis medicamentos para la artritis				
1.	Tomo mis medicamentos para la artritis porque de lo contrario, ¿cuál sería la utilidad de consultar a un reumatólogo?				
1.	No espero milagros de mis medicamentos para la artritis	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	Si usted no soporta los medicamentos para la artritis podría decir: "me deshago de ellos sin que me importe nada"	(4)	(3)	(2)	(1)
1.	Si no me tomo mis medicamentos para la artritis regularmente, la inflamación vuelve				
1.	Si no me tomo mis medicamentos para la artritis, mi cuerpo me avisa (me siento mal)				
1.	Mi salud está por encima de todo y si tengo que tomar medicamentos para la artritis, lo haré				
1.	Uso un pastillero para mis medicamentos				
1.	Le hago caso a lo que mi doctor me dice				
1.	Si no tomo los medicamentos para la artritis, tengo más síntomas				
1.	Algunas veces cuando salgo el fin de semana no me tomo los medicamentos para la artritis	(4)	(3)	(2)	(1)

Respuesta tipo likert: 1 a 4; Puntuación total - 19/ 0,57 = (0- 100)

# CQR 19

- The Compliance Questionnaire Rheumatology (CQR19) is the only questionnaire specifically developed and validated (against MEMS device) to be used in patients with inflammatory rheumatic diseases. The 19 items are scored on a 4-point Likert response scale from 1 to 4, and the score ranges from 0 (complete non-compliance) to 100 (perfect compliance) [26,30]. A cut-off point is usually advised when using this scale, but in some cases it is also used as a continuous variable. **CQR19-describes barriers and beliefs** and was identified to offer information only in the implementation phase, making it to be more appropriate for use in first-time users. In an attempt to make it more easy to incorporate in clinical practice, a shorter questionnaire was derived from this, maintaining reliability and validity [26,31].

Rheumatology International (2018) 38:467–472  
<https://doi.org/10.1007/s00296-018-3930-7>

Rheumatology  
INTERNATIONAL

VALIDATION STUDIES



Spanish transcultural adaptation and validation of the English version of the compliance questionnaire in rheumatology

Eva Salgado<sup>1</sup> · José Ramón Maneiro Fernández<sup>2</sup> · Alejandro Souto Vilas<sup>3</sup> · Juan J. Gómez-Reino<sup>4</sup> 

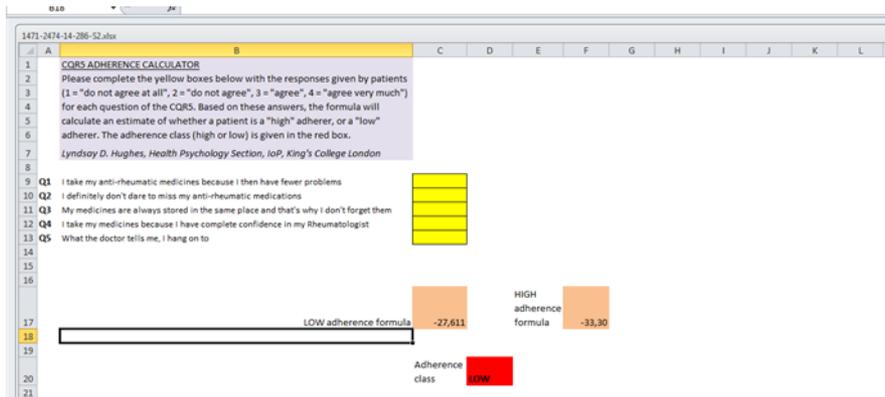
Received: 14 September 2017 / Accepted: 6 January 2018 / Published online: 22 January 2018  
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

## Abstract

To perform a transcultural adaptation and validation of a Spanish version of the compliance questionnaire in rheumatology (sCQR). In this transversal study of transcultural adaptation of the sCQR, validity was evaluated in patients with rheumatoid arthritis (RA) and a minimum 6-month follow-up by determining compliance with the electronic prescription system consuming steroids or nonbiologic disease-modifying antirheumatic drugs. A two-week retest was proposed to all patients. All patients completed the health assessment questionnaire (HAQ), and the Morisky-Green test was also performed. Reliability was analyzed using Cronbach's alpha and the intraclass correlation coefficient (ICC). Convergent construct validity was tested in the electronic prescription system using discriminative analysis, and divergent construct validity was tested by comparing it to the HAQ. Sensitivity, specificity and ROC curves were evaluated for the sCOR and the Morisky-Green

**Tabla 1**  
**Cuestionario de adherencia para FAME biológicos y convencionales: adaptación al castellano del Compliance Questionnaire Rheumatology-CQR5**

Ítems	Puntuación
Tomo mis medicamentos antirreumáticos porque así tengo menos problemas	1 = Nada de acuerdo 2 = Poco de acuerdo 3 = Algo de acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo
Definitivamente no me atrevo a olvidarme a tomar mis medicamentos antirreumáticos	1 = Nada de acuerdo 2 = Poco de acuerdo 3 = Algo de acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo
Coloco mis medicamentos antirreumáticos siempre en el mismo lugar, y esto me ayuda a no olvidar tomarlos	1 = Nada de acuerdo 2 = Poco de acuerdo 3 = Algo de acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo
Tomo mis medicamentos antirreumáticos porque tengo absoluta confianza con mi reumatólogo	1 = Nada de acuerdo 2 = Poco de acuerdo 3 = Algo de acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo
Si mi reumatólogo me dice que tome los medicamentos antirreumáticos, lo hago	1 = Nada de acuerdo 2 = Poco de acuerdo 3 = Algo de acuerdo 4 = Totalmente de acuerdo



Hughes et al. A 5 item version of the compliance questionnaire for Rheumatology CQR5... BMC Musculoskeletal Disorders 2013; 14: 286

**Calculadora CQR5**

# Como identificamos al “paciente de riesgo”

- **Cuestionarios “validado”**
- **Registros de dispensación de farmacia “gaps”**
- **Dispositivos electrónicos**
  
- **¿Qué método elegimos en la vida real?**
  - Cuestionario: es el método más práctico, más fácil de implementar, pero.... sobreestima
  - RDF: está
  - Dispositivos electrónicos: muy caro (EC)

## 4. Calcular la adherencia de Maria utilizando el test CQR5

- A- La puntuación total del cuestionario CQR5 es 50 puntos
- B- El paciente tiene una buena confianza en el reumatólogo
- C- El calculador de adherencia nos clasifica al paciente como baja adherencia
- D- El CQR5 total es 14 y el paciente se considera adherente

MARIA respuestas CQR5: pregunta 1-4, 2-4, 3-3, 4-2; 5-1



## 5. Como actuáis ante un paciente con problema de adherencia?

A- nada

B- hablar con el paciente para identificar el motivo

C- Le aplicáis el programa de intervención para la mejora de la adherencia de vuestro centro

D- le habláis de la importancia de la adherencia y lo mal que lo está haciendo

Otros....

# Compartiendo la adherencia con el **paciente**

- Estimamos la adherencia
- Confirmemos la adherencia----- Entrevista con el paciente



“toma decisiones autónomas”

**PARTICIPACIÓN DEL  
PACIENTE EN LA  
TOMA DE  
DECISIONES**

**Vol 22; nº3, 2014**

## Interventions to Improve Medication Adherence A Review

Vinay Kini, MD, MSHP; P. Michael Ho, MD, PhD

Supplemental content

**IMPORTANCE** Among adults with chronic illness, 30% to 50% of medications are not taken as prescribed. In the United States, it is estimated that medication nonadherence is associated with 125 000 deaths, 10% of hospitalizations, and \$100 billion in health care services annually.

**OBSERVATIONS** PubMed was searched from January 1, 2000, to September 6, 2018, for English-language randomized clinical trials of interventions to improve medication adherence. Trials of patients younger than 18 years, trials that used self-report as the primary adherence outcome, and trials with follow-up periods less than 6 months were excluded; 49 trials were included. The most common methods of identifying patients at risk for nonadherence were patient self-report, electronic drug monitors (pill bottles), or pharmacy claims data to measure gaps in supply. Patient self-report is the most practical method of identifying nonadherent patients in the context of clinical care but may overestimate adherence compared with objective methods such as electronic drug monitors and pharmacy claims data. Six categories of interventions, and characteristics of successful interventions within each category, were identified: patient education (eg, recurrent and personalized telephone counseling sessions with health educators), medication regimen management (using combination pills to reduce the number of pills patients take daily), clinical pharmacist consultation for chronic disease co-management (including education, increased frequency of disease monitoring via telephone or in-person follow-up visits, and refill reminders); cognitive behavioral therapies (such as motivational interviewing by trained counselors); medication-taking reminders (such as refill reminder calls or use of electronic drug monitors for real-time monitoring and reminding); and incentives to promote adherence (such as reducing co-payments and paying patients and clinicians for achieving disease management goals). The choice of intervention to promote adherence will depend on feasibility and availability within a practice or health system. Successful interventions that are also clinically practical include using combination pills to reduce daily pill burden, clinical pharmacist consultation for disease co-management, and medication-taking reminders such as telephone calls to prompt refills (maximum observed absolute improvements in adherence of 10%, 15%, and 33%, respectively).

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** Adherence can be assessed and improved within the context of usual clinical care, but more intensive and costly interventions that have demonstrated success will require additional investments by health systems.

# Intervenciones Fáciles de implementar

Intervenciones para mejorar la adherencia:

- Simplificación del tto (coformulados)
- Consulta del farmacéutico clínico o manejo terapéutico compartido
- Recordatorios- alarmas- AYUDAS

## Pregunta 6. ¿Como documentais la atención farmacéutica sobre el paciente?

- A- No la documentamos
- B- En unos registros o programas de Farmacia
- C- En la historia clínica del paciente
- D- En unas fichas de pacientes en Farmacia

# Compartiendo la adherencia en la **historia clínica** del paciente

The screenshot shows a web-based medical form titled "OsabideGlobal - 2.48.2 - PRO - S8777000GB4007". The form is for a patient named "Ibarra Maria Olatz Farmacéutico". The date is set to "29/05/2019".

**Test de Morisky-Green**

¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?

¿Toma la medicación a la hora indicada?

Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?

Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?

**Resultado Test de Morisky-Green**

**Autonomía para la medicación**

**Discrepancias en la medicación**

**Efectos secundarios de la medicación**

**Uso de dispositivos recordatorios**

En caso de afirmativo especificar

**Observaciones a la adherencia**

Questionario corporativo para la adherencia, 2016

**Adherencia del adalimumab 26/10/18 a 29/05/19:**  
**100%.**  
Va reduciendo el corticoide y últimamente no toma.  
Exxiv va a probar a días alternos. MTX y acfol igual.

Impresión Diagnóstica / Motivo de Consulta

Mostrar Gadgets  
Mostrar Datos Generales

Guardar

OCT 18 26 ENE 19 16 19 29

15:50  
29/05/2019

- Formulario de adherencia
- Evolutivos de adherencia

## Pregunta 7. ¿Qué valor aporta la atención farmacéutica al paciente AR?

- A- Complementa el trabajo de la enfermera y el médico
- B- Satisfacción del paciente
- C- Mejora los resultados en salud
- D- Otros

# Establecer “cultura de la adherencia”

Clinical Review & Education

JAMA | Review

## Interventions to Improve Medication Adherence A Review

Vinay Kini, MD, MSHP; P. Michael Ho, MD, PhD

[+ Supplemental content](#)

**IMPORTANCE** Among adults with chronic illness, 30% to 50% of medications are not taken as prescribed. In the United States, it is estimated that medication nonadherence is associated with 125 000 deaths, 10% of hospitalizations, and \$100 billion in health care services annually.

**OBSERVATIONS** PubMed was searched from January 1, 2000, to September 6, 2018, for English-language randomized clinical trials of interventions to improve medication adherence. Trials of patients younger than 18 years, trials that used self-report as the primary adherence outcome, and trials with follow-up periods less than 6 months were excluded; 49 trials were included. The most common methods of identifying patients at risk for nonadherence were patient self-report, electronic drug monitors (pill bottles), or pharmacy claims data to measure gaps in supply. Patient self-report is the most practical method of identifying nonadherent patients in the context of clinical care but may overestimate adherence compared with objective methods such as electronic drug monitors and pharmacy claims data. Six categories of interventions, and characteristics of successful interventions within each category, were identified: patient education (eg, recurrent and personalized telephone counseling sessions with health educators); medication regimen management (using combination pills to reduce the number of pills patients take daily); clinical pharmacist consultation for chronic disease co-management (including education, increased frequency of disease monitoring via telephone or in-person follow-up visits, and refill reminders); cognitive behavioral therapies (such as motivational interviewing by trained counselors); medication-taking reminders (such as refill reminder calls or use of electronic drug monitors for real-time monitoring and reminding); and incentives to promote adherence (such as reducing co-payments and paying patients and clinicians for achieving disease management goals). The choice of intervention to promote adherence will depend on feasibility and availability within a practice or health system. Successful interventions that are also clinically practical include using combination pills to reduce daily pill burden, clinical pharmacist consultation for disease co-management, and medication-taking reminders such as telephone calls to prompt refills (maximum observed absolute improvements in adherence of 10%, 15%, and 33%, respectively).

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** Adherence can be assessed and improved within the context of usual clinical care, but more intensive and costly interventions that have demonstrated success will require additional investments by health systems.

Muchas gracias por  
vuestra atención

***Eskerrik asko!!***

