Iniciativas de mejora del cumplimiento desde la farmacia comunitaria



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

La prevención cardiovascular en España
Oportunidades y barreras

Dra. Lola Murillo, vicepresidenta de SEFAC

Jornadas Científicas del CEIPC
29 de noviembre de 2013

BARRERAS

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

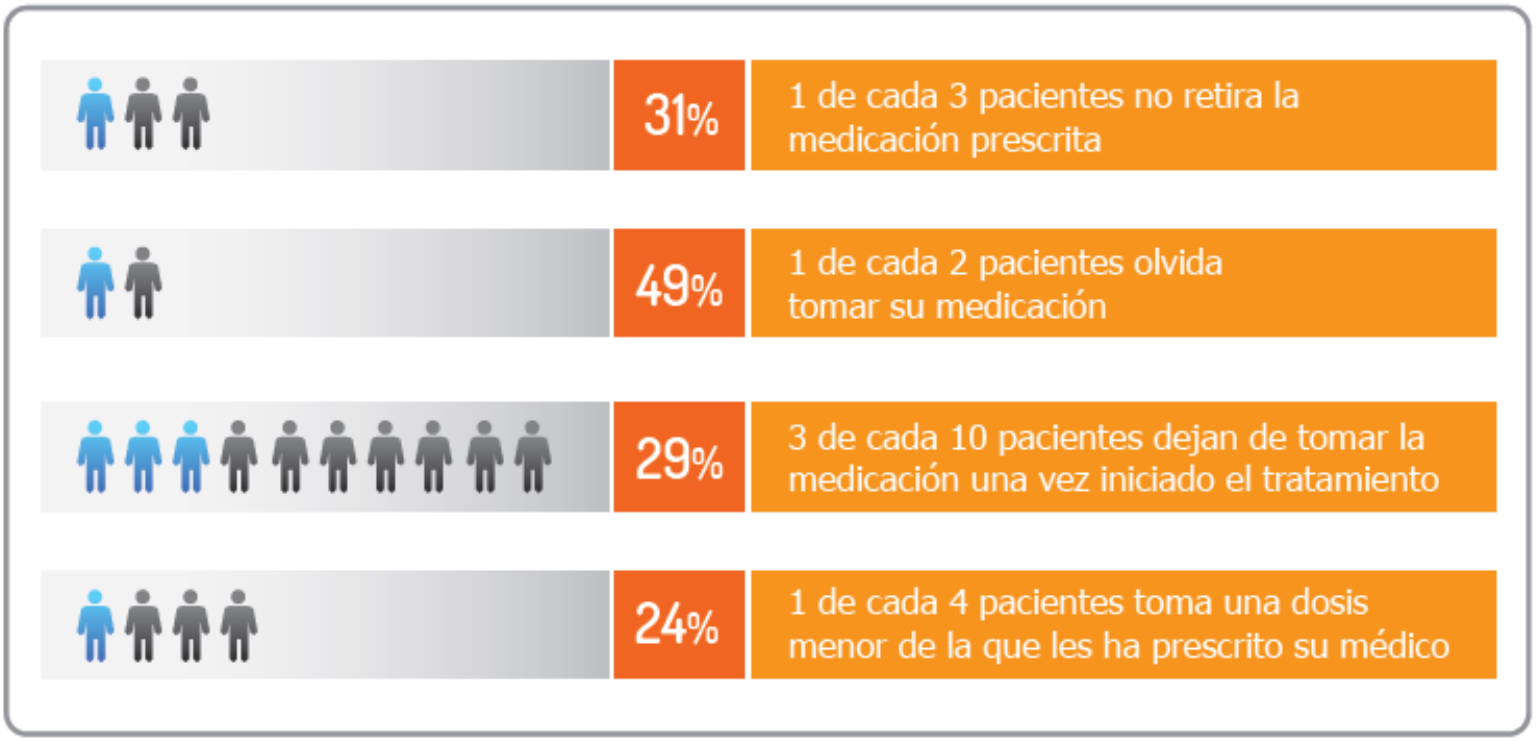
¿POR QUÉ LOS PACIENTES NO TOMAN LOS MEDICAMENTOS?



BARRERAS

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

SITUACIÓN ACTUAL



BARRERAS

ADHERENCIA ≠ CUMPLIMIENTO



La **adherencia** requiere **la conformidad** del paciente respecto a las recomendaciones.
En la adherencia el paciente es parte esencial y **activa.**
La adherencia es más que la buena utilización de los fármacos, también al cambio de un hábito de vida y a otros aspectos como la participación activa en el tratamiento prescrito.



El **cumplimiento** se trata de **una imposición**.
El cumplimiento sugiere que el paciente sigue de forma **pasiva** las indicaciones de su médico y que el plan de cuidados no se basa en una alianza establecida entre médico y paciente.
El cumplimiento es solamente la buena utilización de los fármacos.

BARRERAS

AHORROS E IMPACTO EN LA SALUD

La no adherencia a los tratamientos farmacológicos contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos cada año y provoca un coste estimado a los gobiernos europeos de 125.000 millones de euros anuales.

Just what the doctor ordered: An EU Response Medication Non-adherence. 28 September 2010.

BARRERAS

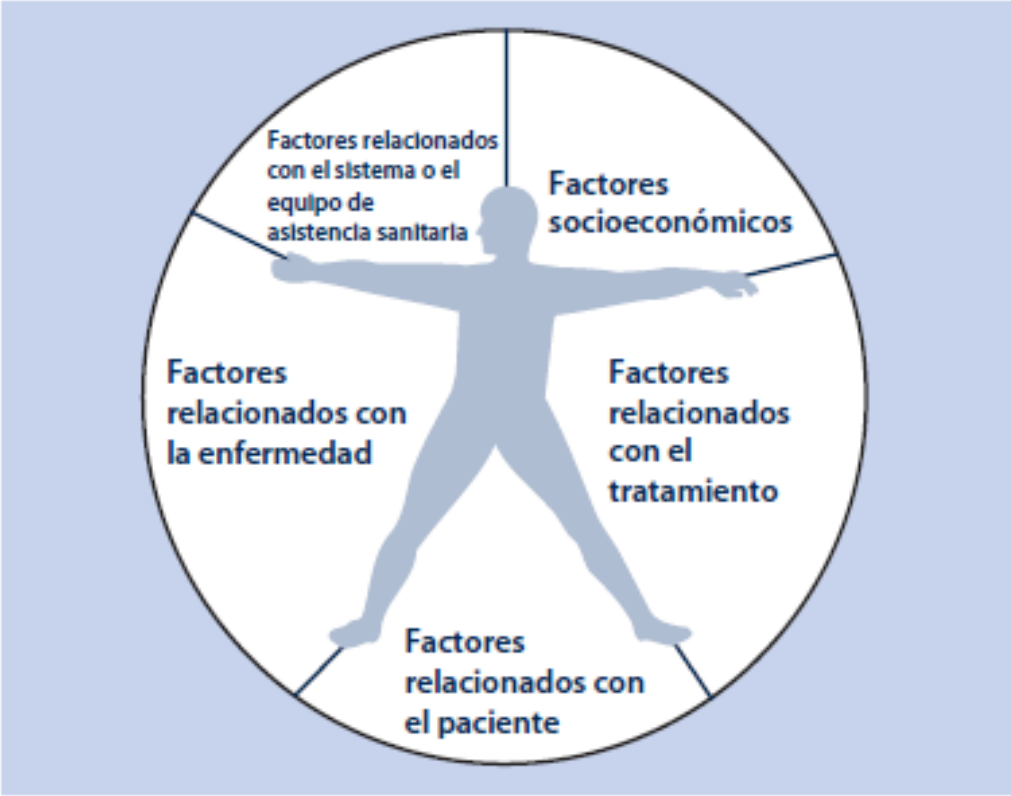
- Realizando una simple extrapolación, a nuestro país le corresponden **18.400 muertes evitables** por esta causa.
- Además, el potencial de ahorro que corresponde a España es de 11.250 millones anuales.

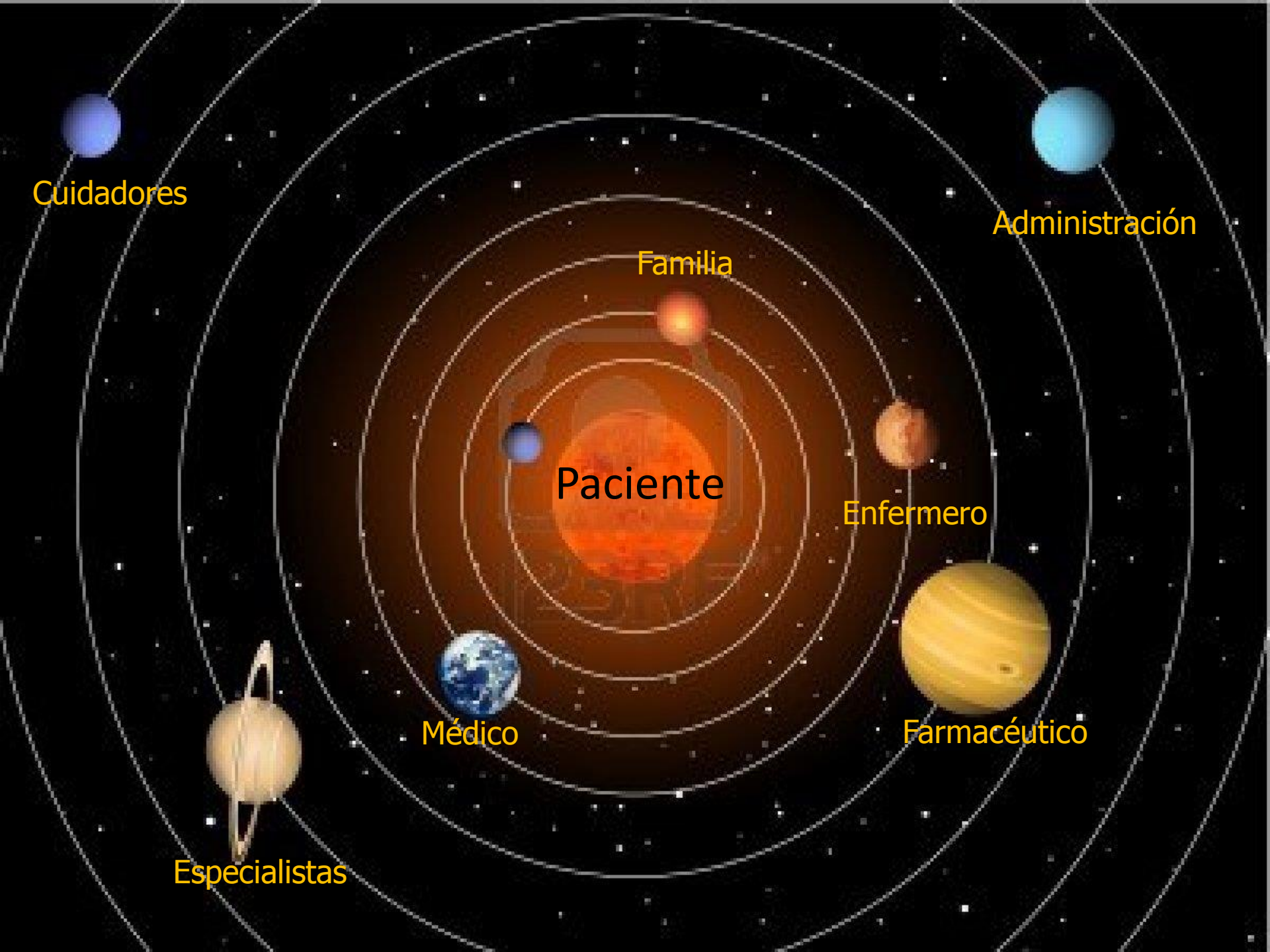
Aunque no podemos afirmar categóricamente que estos datos reflejen la realidad española, las magnitudes nos indican que existe una oportunidad de mejora.

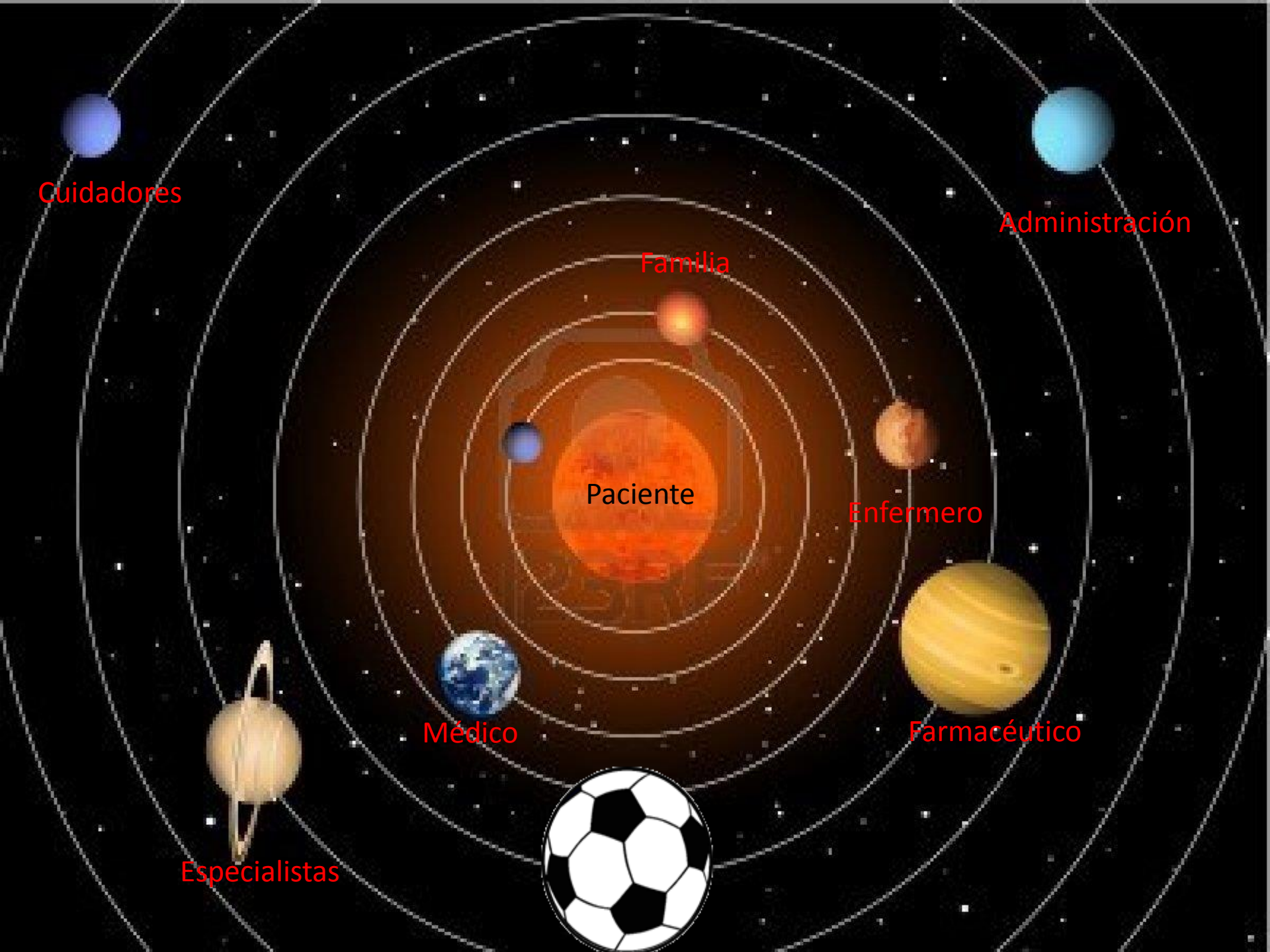


BARRERAS

DIMENSIONES DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA




Cuidadores
Administración
Familia
Paciente
Enfermero
Médico
Farmacéutico
Especialistas


Cuidadores
Administración
Familia
Paciente
Enfermero
Médico
Farmacéutico
Especialistas

OPORTUNIDADES

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

IMPACT OF PHARMACIST CARE IN THE MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS

A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials

Santschi V, Chiolero A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G.

***Arch Intern Med.* 2011;171(16):1441-1453.**

Revisión sistemática :

- Determinar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) en el manejo de los FR de ECV en pacientes ambulatorios.
- MEDLINE, EMBASE, CINAHL y Cochrane.
- 30 ensayos controlados aleatorios (11.765 pacientes).
- IF realizadas por el farmacéutico (sólo o en colaboración con los médicos y enfermeras) consistían en:
  - Intervenciones educativas con pacientes.
  - Sistemas de recordatorios al paciente.
  - Medición de FRCV.
  - Administración de medicamentos e información para el médico.
  - Intervención educativa para profesionales de la salud.

OPORTUNIDADES

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

SEFAC

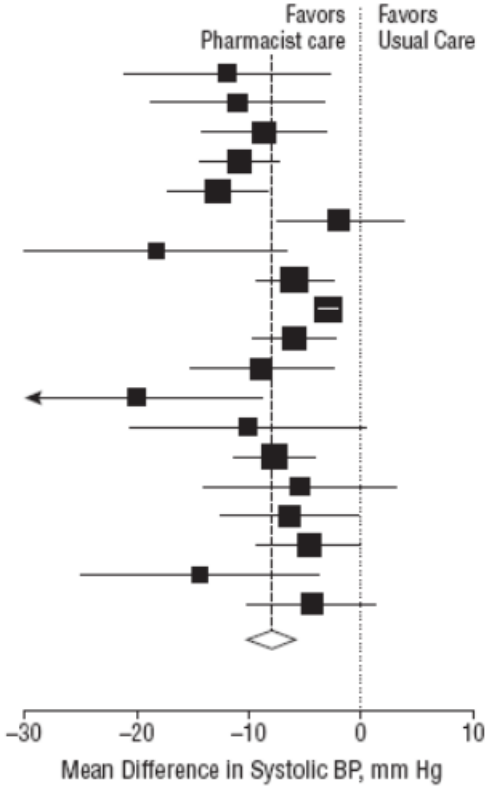
La IF se asoció con reducciones significativas en:

PAS: -8,1 MM HG

A

Source	Pharmacist Care Group	Usual Care Group	Weight, %	Mean Difference (95% CI)
Bogden et al,[44] 1998	49	46	3.46	−12.00 (−21.06 to −2.94)
Borenstein et al,[45] 2003	98	99	4.23	−11.00 (−18.60 to −3.40)
Carter et al,[18] 2008	101	78	5.57	−8.70 (−14.31 to −3.09)
Carter et al,[46] 2009	192	210	7.23	−10.90 (−14.43 to −7.37)
Chiu et al,[26] 2008	78	76	6.53	−12.80 (−17.19 to −8.41)
de Castro et al,[47] 2006	30	34	5.58	−2.00 (−7.60 to 3.60)
Garção and Cabrita,[30] 2002	41	41	2.48	−18.36 (−29.96 to −6.76)
Green et al,[31] 2008	261	259	7.37	−6.00 (−9.35 to −2.65)
Hennessy et al,[25] 2006	3617	3542	8.87	−3.00 (−3.81 to −2.19)
Hunt et al,[48] 2008	233	230	7.05	−6.00 (−9.75 to −2.25)
Lee et al,[32] 2006	73	62	5.11	−8.90 (−15.14 to −2.66)
McKenney et al,[33] 1973	24	25	2.86	−20.00 (−30.47 to −9.53)
Mehos et al,[34] 2000	18	18	2.85	−10.10 (−20.62 to 0.42)
Okamoto and Nakahiro,[36] 2001	164	166	7.22	−7.80 (−11.34 to −4.26)
Santschi et al,[50] 2008	34	34	3.71	−5.50 (−14.04 to 3.04)
Solomon et al,[51] 1998	63	70	5.24	−6.40 (−12.46 to −0.34)
Sookaneknun et al,[39] 2004	118	117	6.28	−4.65 (−9.35 to 0.05)
Vivian,[42] 2002	26	27	2.83	−14.40 (−24.96 to −3.84)
Zillich et al,[43] 2005	64	61	5.54	−4.50 (−10.15 to 1.15)
Total	**5284**	**5195**	100.00	−8.05 (−10.20 to −5.91)

Test for hetergeneity: $\chi^2=73.40$, $P<.001$; $I^2=75.5\%$
Test for overall effect: $z=7.35$, $P<.001$



OPORTUNIDADES

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

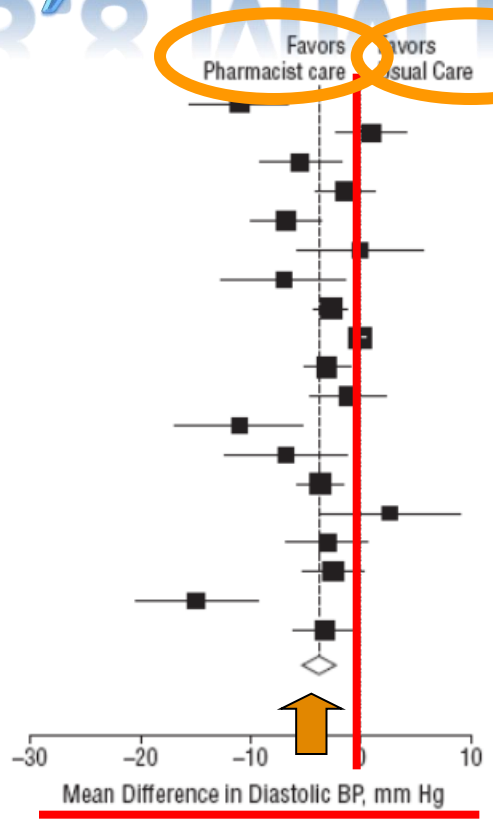
La IF se asoció con reducciones significativas en:

PAD: -3,8 MM HG

B

Source	Pharmacist Care Group	Usual Care Group	Weight, %	Mean Difference (95% CI)
Bogden et al,[44] 1998	49	46	4.60	−11.00 (−15.43 to −6.57)
Borenstein et al,[45] 2003	98	99	5.71	1.00 (−2.13 to 4.13)
Carter et al,[18] 2008	101	78	5.24	−5.40 (−9.06 to −1.74)
Carter et al,[46] 2009	192	210	6.25	−1.40 (−3.90 to 1.10)
Chiu et al,[26] 2008	78	76	5.79	−6.70 (−9.74 to −3.66)
de Castro et al,[47] 2006	30	34	3.73	0.00 (−5.60 to 5.60)
Garção and Cabrita,[30] 2002	41	41	3.69	−7.02 (−12.69 to −1.35)
Green et al,[31] 2008	261	259	7.03	−2.60 (−4.06 to −1.14)
Hennessy et al,[25] 2006	3617	3542	7.46	0.00 (−0.48 to 0.48)
Hunt et al,[48] 2008	233	230	6.64	−3.00 (−5.01 to −0.99)
Lee et al,[32] 2006	73	62	5.42	−1.10 (−4.56 to 2.36)
McKenney et al,[33] 1973	24	25	3.62	−11.00 (−16.77 to −5.23)
Mehos et al,[34] 2000	18	18	3.81	−6.70 (−12.19 to −1.21)
Okamoto and Nakahiro,[36] 2001	164	166	6.59	−3.60 (−5.68 to −1.52)
Santschi et al,[50] 2008	34	34	3.28	2.70 (−3.63 to 9.03)
Solomon et al,[51] 1998	63	70	5.31	−3.00 (−6.59 to 0.59)
Sookaneknun et al,[39] 2004	118	117	6.06	−2.48 (−5.20 to 0.24)
Vivian,[42] 2002	26	27	3.82	−14.90 (−20.37 to −9.43)
Zillich et al,[43] 2005	64	61	5.96	−3.20 (−6.04 to −0.36)
Total	**5284**	**5195**	100.00	−3.78 (−5.30 to −2.25)

Test for hetergeneity: $\chi^2 = 122.41$, $P < .001$; $I^2 = 85.3\%$
Test for overall effect: $z = 4.86$, $P < .001$



19 estudios (10479 pacientes)

Figure 2. Forest plots of the mean difference in systolic (A) and diastolic (B) blood pressure (BP) with the pharmacist care group compared with the usual care group. CI indicates confidence interval.

OPORTUNIDADES

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

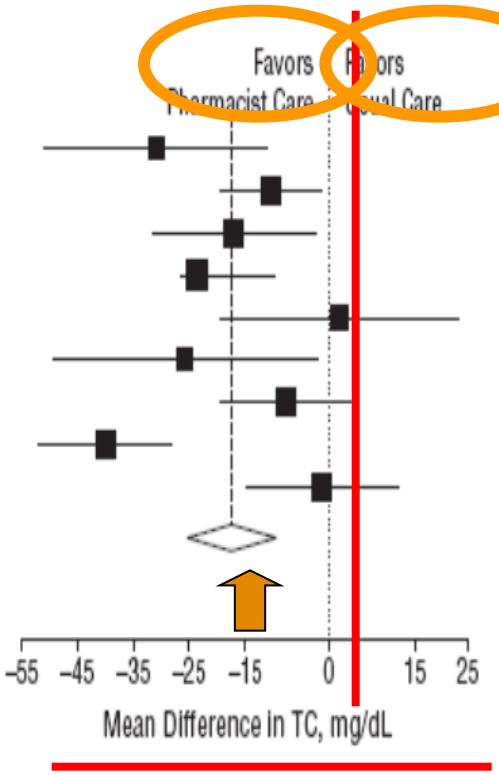
La IF se asoció con reducciones significativas en:

COLESTEROL TOTAL: -17,4 MG/DL

A

Source	Pharmacist Care Group	Usual Care Group	Weight, %	Mean Difference (95% CI)
Bogden et al,[9] 1997	47	47	8.37	−31.00 (−50.83 to −11.17)
Ellis et al,[28] 2000	162	108	13.76	−10.30 (−19.45 to −1.15)
Faulkner et al,[29] 2000	15	15	10.84	−17.00 (−31.60 to −2.40)
Lee et al,[49] 2009	58	60	16.34	−23.60 (−26.35 to −20.85)
McMillian Nola et al,[35] 2000	25	26	7.76	1.90 (−19.43 to 23.23)
Pauós et al,[37] 2005	23	19	6.90	−25.70 (−49.40 to −2.00)
Peterson et al,[38] 2004	39	42	12.31	−7.75 (−19.60 to 4.09)
Villa et al,[41] 2009	81	57	12.32	−40.00 (−51.83 to −28.17)
Villeneuve et al,[52] 2010	108	117	11.41	−1.20 (−14.72 to 12.32)
Total	**558**	**563**	100.00	−17.36 (−25.49 to −9.22)

Test for hetergeneity: $\chi^2 = 37.21$, $P < .001$; $I^2 = 78.5\%$
Test for overall effect: $z = 4.18$, $P < .001$



9 estudios (1121 pacientes)

OPORTUNIDADES

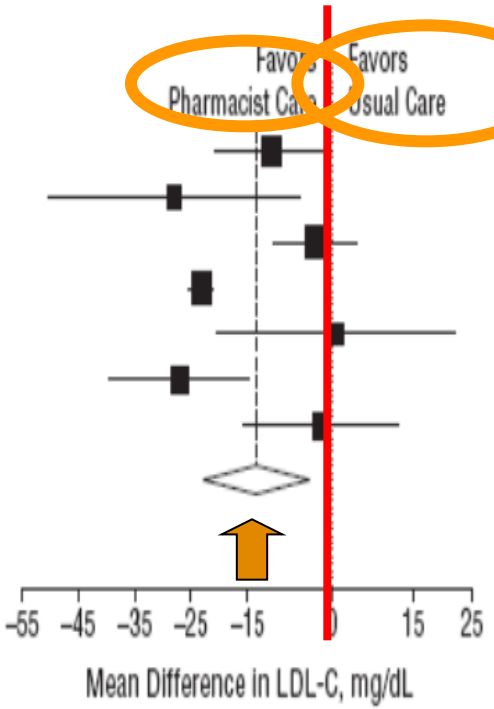
La IF se asoció con reducciones significativas en:

COLESTEROL LDL: -13,4 MG/DL

B

Source	Pharmacist Care Group	Usual Care Group	Weight, %	Mean Difference (95% CI)
Ellis et al,[28] 2000	117	124	15.81	−10.60 (−20.75 to −0.45)
Faulkner et al,[29] 2000	15	15	9.46	−28.00 (−50.26 to −5.74)
Lee et al,[32] 2006	64	57	17.29	−3.00 (−10.29 to 4.29)
Lee et al,[49] 2009	58	60	19.01	−23.20 (−25.35 to −21.05)
McMillian Nola et al,[35] 2000	25	26	9.95	0.80 (−20.35 to 21.95)
Villa et al,[41] 2009	81	57	14.56	−27.00 (−39.39 to −14.61)
Villeneuve et al,[52] 2010	108	117	13.91	−1.93 (−15.46 to 11.59)
Total	**468**	**456**	100.00	−13.38 (−22.99 to −3.76)

Test for hetergeneity: $\chi^2 = 44.43$, $P < .001$; $I^2 = 86.5\%$
Test for overall effect: $z = 2.73$, $P = .006$



7 estudios (924 pacientes)

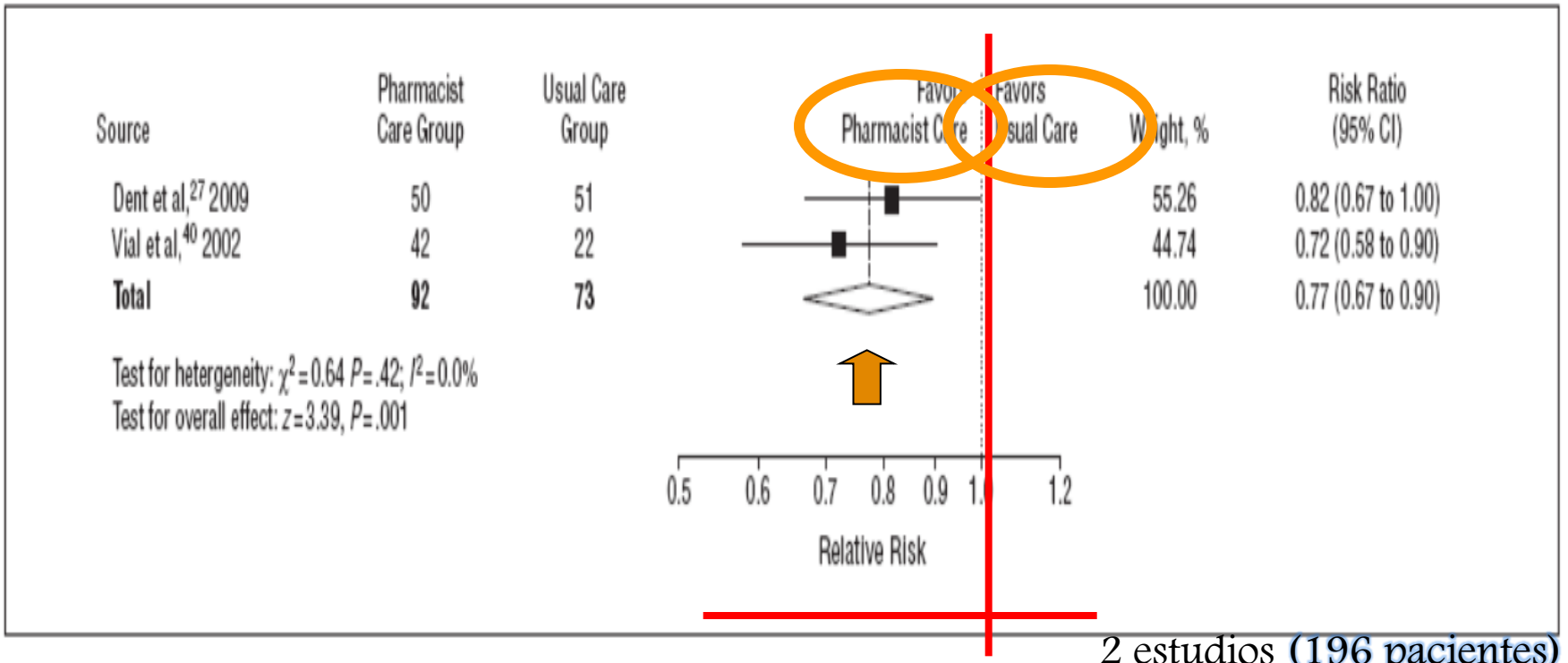
Figure 3. Forest plot of the mean difference in total cholesterol (TC) (A) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) (B) with the pharmacist care group compared with the usual care group. To convert LDL-C to millimoles per liter, multiply by 0.0259.

OPORTUNIDADES

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEFAC

La IF se asoció con reducciones significativas en:

RIESGO DE FUMAR: RR: 0,77



2 estudios (196 pacientes)

Figure 4. Forest plot of the relative risk of smoking with the pharmacist care group compared with the usual care group.

INICIATIVAS

Proyecto *FARMAD*

Estudio observacional, prospectivo con grupo control ramdomizado y multicéntrico.

Comparación grupo control-intervención:

- Adherencia al tratamiento.
- Calidad de vida.
- Evolución de la enfermedad.
- Costes sanitarios.



Participantes:

- Hospital HM.
- SEFAC.
- COF Madrid.
- IFC.

INICIATIVAS

Población en estudio y número total de sujetos.

Pacientes mayores de 18 años en tratamiento farmacológico por alguna de las siguientes enfermedades crónicas:

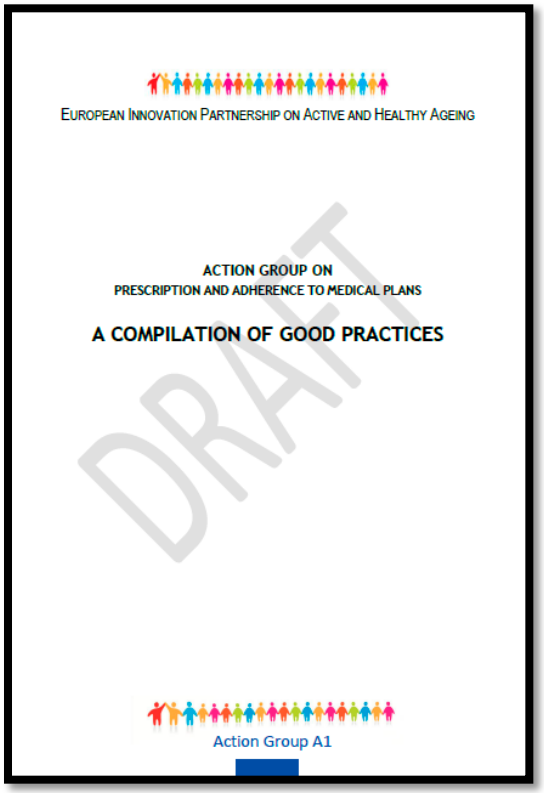
- Respiratorias crónicas: EPOC, BC, enfisema, asma
- Cardiovasculares: HTA, ICC
- Endocrinológicas: diabetes mellitus
- Neurológicas: demencia, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, accidente cerebrovascular.

Tamaño muestral: 300 pacientes

INICIATIVAS

Proyecto *FARMAD*

Proyecto incluido en el *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Action Group on prescription and adherence to medical plans.*



INICIATIVAS

Estudio de adherencia al tratamiento en pacientes con hipercolesterolemia en España

Coordinadores

Dr. Julio Zarco: Director del Observatorio de la Adherencia Terapeútica
Dr. Ángel Garay: Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Guipúzcoa.

Objetivos

General:
o Estudiar la adherencia al tratamiento en pacientes con hipercolesterolemia en España.

Específicos:
o Establecer la dimensión del problema de falta de ADT.
o Estudiar los factores y variables asociados a la falta de ADT.
o Estudiar si existen diferencias en la ADT relacionadas con tratamiento con genéricos vs marca.
o Implantar estrategias de intervención para la mejora de la ADT.
o Comprobar el impacto de dichas estrategias en el control de la enfermedad.

INICIATIVAS

Diseño

observacional, prospectivo, aleatorizado y controlado, de 3 brazos:
grupo de pacientes cumplidores,
grupo de incumplidores CON intervención
grupo de incumplidores SIN intervención.

Medicamentos objeto de estudio

El objeto de estudio no es ningún medicamento, sino la adherencia de los pacientes con hipercolesterolemia a las indicaciones del profesional sanitario.
Indicaciones terapéuticas y farmacológicas.
Indicaciones y recomendaciones no farmacológicas, como dieta, ejercicio, etc.

Población en estudio y número total de sujetos.

200 participantes: 100 Médicos de Atención Primaria y 100 Farmacéuticos comunitarios
Tamaño de la muestra: 1800 pacientes: 9 pacientes/investigador


MUCHAS GRACIAS
Cuidadores
Administración
Familia
Paciente
Enfermero
Médico
Farmacéutico
Especialistas