



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



RETO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN LAS UNIDADES DE CARDIO-ONCOLOGÍA

Adherencia a tratamiento oncológico y cardiovascular

INÉS SOTO BASELGA

HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

¿QUÉ ES LA ADHERENCIA?

OMS

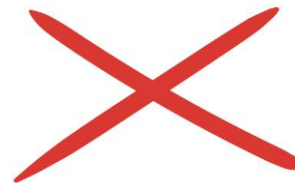


- Es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario

ESPACOMP

- Es el proceso en el que el paciente toma la medicación como se le ha prescrito

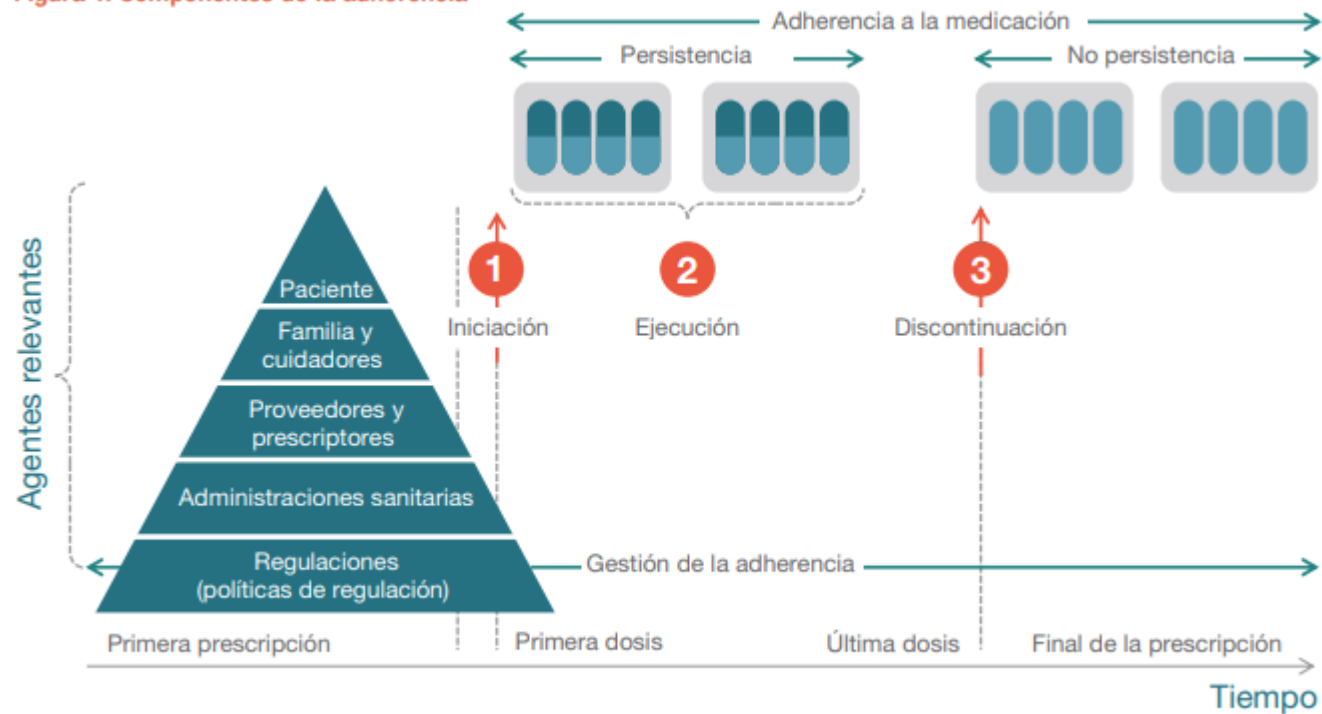
Adherencia primaria



Adherencia secundaria



Figura 1. Componentes de la adherencia

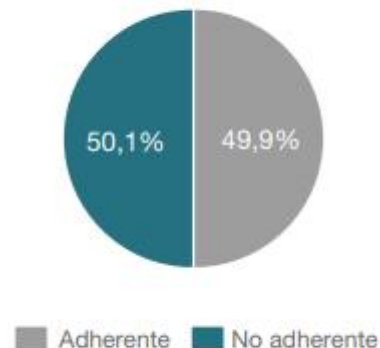


Fuente: Vrijens B, et al., 2012

“Adherencia, factor MODIFICABLE más importante que compromete el resultado terapéutico” OMS, 2003



Figura 2. Porcentaje de pacientes adherentes y no adherentes



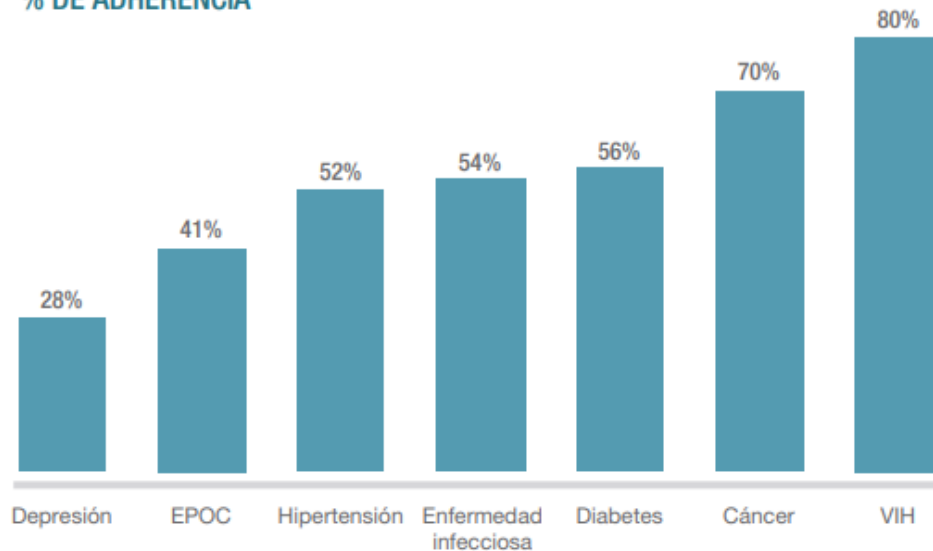
Fuente: Sociología y Comunicación, 2016

CÁNCER

14 y el 100 %

Figura 3. Nivel de adherencia por patología (%)

% DE ADHERENCIA



PATOLOGÍAS

Fuente: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, 2014

ECV:

Atención hospitalaria: 22,4%

Atención primaria: 39,4%

¿CÓMO SE MIDE LA ADHERENCIA?



Combinar varios
métodos



Directos

Observación PS

Exposición de ele

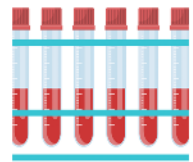
Registros de pre

dispensación

Recuento de medicación
sobrante

Cuestionarios

Adherencia autorreferida



Cuestionario
validado y el
registro de
dispensación

resultados clínicos
obtenidos

Abreviatura	N Item s	Aspectos evaluados	Patologías en las que se ha validado el cuestionario	Referencias
ARMS*	12	Adherencia al tratamiento y barreras para la adherencia	Enfermedad coronaria. Pacientes pluripatológicos.	Kripalani et al. (2009) González-Bueno et al (2017)
BAMQ	18	Creencias sobre la medicación	Hipertensión, asma, problemas de salud mental, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal	Horne, Weinman and Hankins (1999) Bozada-Gutiérrez et al (2017)
BMQ*	9	Comportamiento y creencias sobre la medicación y barreras para la adherencia	Hipertensión arterial	Svarstad et al. (1999) Pagès-Puigdemont et al (2018)
Haynes Sacket*	1	Adherencia al tratamiento	Hipertensión arterial Diabetes	Haynes et al (1979) Pagès-Puigdemont et al (2018)
Hill-Bone Compliance Scale*	14	Adherencia al tratamiento y comportamiento (sólo pacientes hipertensos)	Hipertensión arterial	Kim MT et al (2000) Pagès-Puigdemont et al (2018)
MAQ (Morisky-Green)	4	Adherencia al tratamiento	Hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas	Morisky, Green y Levine (1986)
MARS	9	Adherencia al tratamiento (sólo paientes con asma)	Asma	Horne and Weinman (2002)
MMAS-8	8	Adherencia, comportamiento y barreras para la adherencia.	Diabetes, hipertensión arterial, pacientes psiquiátricos	Morisky et al. (2008) Martínez-Perez et al
SEAMS	13	Barreras para la adherencia	Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad coronaria	Risser, Jacobson et al (2007) Bozada-Gutiérrez et al (2017)

FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA

La OMS identifica 5 factores que pueden contribuir a la falta de adherencia

Figura 14. Factores más relevantes en la falta de adherencia



INTENCIONALIDAD

NO INTENCIONADA

- Olvidos
- Gravedad de la patología
- Estado funcional
- Complejidad del régimen terapéutico



INTENCIONADA

- Reacción adaptativa
- Reacción preventiva
- Inseguridad



INTERACCIONES-ADHERENCIA

¿Puede influenciar
la toxicidad de un
fármaco en la
adherencia?

MICROMEDEX
DRUG
INTERACTIONS



UpToDate®



Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

<p>Medications¹⁴⁻¹⁷ (QAO-D, 8 of 10)</p>	<p>Medications Prescription and non-prescription medications or substances</p> <p>2023 American Geriatrics Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults</p> <p>Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP)</p> <p>Screening Tool to Alert to Right Treatment (START) criteria</p> <p>Medication Appropriateness Index (MAI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medication reconciliation with patient and other care providers • Evaluate for opioid and substance abuse • Discontinue inappropriate or unnecessary medications • Evaluate for drug-drug and drug-disease interactions • Evaluate for the use of supplements and herbal therapies
---	---	--

ADHERENCIA EN ONCOHEMATOLOGÍA



La gravedad asociada a la enfermedad hacía suponer, que las tasas de adherencia serían óptimas



Sin embargo, la variabilidad es enorme y las tasas de adherencia oscilan entre el 14 y el 100 %

Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. CA Cancer J Clin 2009;59:56-66.

Todo porcentaje distinto al 100 % debe interpretarse como una oportunidad de mejora en la que centrar nuestros esfuerzos

ADHERENCIA EN ONCOHEMATOLOGÍA

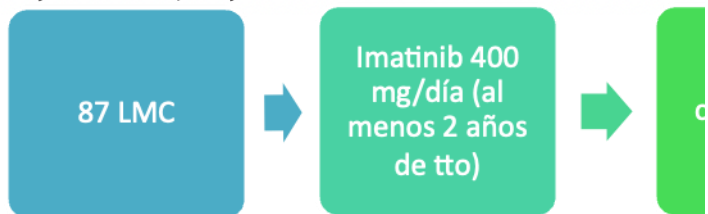
EARLY TREATMENT RESPONSE MILESTONES CRITERIA FOR RESPONSE AND RELAPSE

<i>BCR::ABL1</i> (IS)	3 months	6 months	12 months ^m
>10% ⁿ	YELLOW	RED	
>1%–10%	GREEN		YELLOW
>0.1%–1%	GREEN		LIGHT GREEN
≤0.1%	GREEN		

COLOR	CONCERN	CLINICAL CONSIDERATIONS ^p	RECOMMENDATIONS ^p
RED	TKI-resistant disease ^o	<ul style="list-style-type: none"> Evaluate patient adherence and drug interactions Consider <i>BCR::ABL1</i> kinase domain mutational analysis^q Consider bone marrow cytogenetic analysis to assess additional chromosomal abnormalities (ACAs) 	Switch to alternate TKI (<i>CML-5</i>) (other than imatinib) and evaluate for allogeneic HCT
YELLOW	Possible TKI resistance ^o	<ul style="list-style-type: none"> Evaluate patient adherence and drug interactions Consider <i>BCR::ABL1</i> kinase domain mutational analysis^q Consider bone marrow cytogenetic analysis to assess for MCoR at 3 mo or CCyR at 12 mo 	Switch to alternate TKI (<i>CML-5</i>) or Continue same TKI (<i>CML-G</i>) ^r and Consider evaluation for allogeneic HCT
LIGHT GREEN	TKI-sensitive disease	<ul style="list-style-type: none"> Evaluate patient adherence and drug interactions If treatment goal is long-term survival: ≤1% optimal If treatment goal is treatment-free remission: ≤0.1% optimal 	<ul style="list-style-type: none"> If optimal: continue same TKI (<i>CML-G</i>) If not optimal: shared decision-making with patient^{o,s}
GREEN	TKI-sensitive disease	<ul style="list-style-type: none"> Monitor response (<i>CML-E</i>) Evaluate patient adherence and drug interactions 	Continue same TKI (<i>CML-G</i>) ^t

Adherence Is the Critical Factor for Achieving Molecular Responses in Patients With Chronic Myeloid Leukemia Who Achieve Complete Cytogenetic Responses on Imatinib

David Marin, Alexandra Bazeos, Francois-Xavier Mahon, Lina Eliasson, Dragana Milojkovic, Marco Bua, Jane F. Apperley, Richard Szydlo, Ritti Desai, Kasia Kozlowski, Christoforos Pantazis, Vincent Vignard, Letizia Foroni, Mathieu Molimard, Alistair Reid, Katy Rezvani, Hugue John Goldman, and Jamshid S. Khorashad



Me adherencia 98 %

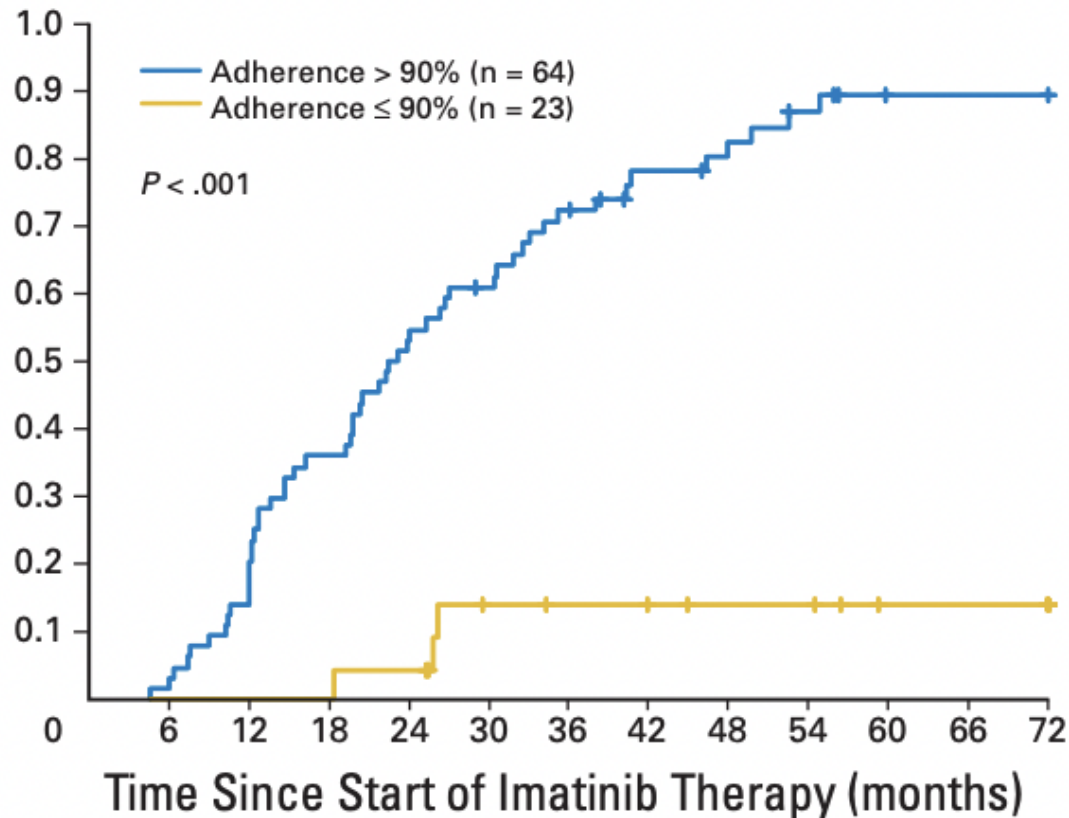
Adherencia $\geq 90\%$
una respuesta mole

Ningún paciente co



CONGRESO NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA
MÁLAGA 15-17 OCT 25

A
Probability of MMR



Association between adherence to oral therapies in cancer patients and clinical outcome: A systematic review of the literature

Ruggero Lasala¹ | Fiorenzo Santoleri²

Evaluar en qué medida los pacientes con una mejor adherencia al tratamiento oral obtienen mejores resultados clínicos entre los pacientes con cáncer

Hubo una considerable variación en los métodos de cálculo, los resultados considerados y las definiciones de adherencia.

La mayoría de los estudios informaban de una correlación significativa entre la adherencia al tratamiento y el resultado clínico.

Estudios con muestras amplias, criterios de valoración sólidos y el uso de al menos dos métodos de evaluación de la adherencia, con el fin de obtener pruebas más sólidas.

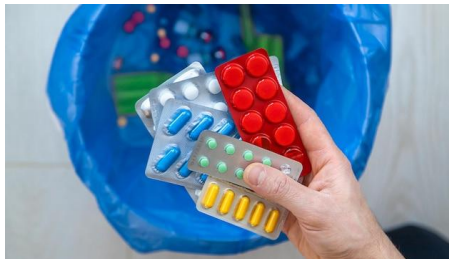
TABLE 2 Summary table of results

Scope:
Oncology = 14 (15, 25, 21, 22, 23, 24, 27, 42, 43, 44, 48, 49, 52, 69)
Haematological = 28 (14, 16, 17, 18, 32, 19, 20, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 8, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 9, 67, 68)
Methods used in calculating adherence:
MPR = 8 studies (25, 18, 32, 24, 29, 42, 34, 36)
PDC = 4 studies (47, 48, 49, 67)
MEMS = 7 studies (16, 21, 22, 34, 37, 8, 52, 70)
Dose intensity = 1 (9)
8-MMAS = 5 studies (18, 28, 40, 41, 69)
9-MMAS = 3 studies (20, 33, 34)
4-MMAS = 1 study (46)
Adherence cut-offs used:
80% = 12 (25, 18, 21, 22, 42, 34, 47, 48, 49, 9, 67,44)
85% = 2 (35, 37)
90% = 8 (16, 32, 43, 34, 36, 8, 49, 68)
Outcomes assessed in studies:
OS = 10 (15, 23, 26, 44, 47, 48, 52, 9, 17, 32)
PFS = 6 (15, 32, 23, 47, 52, 9)
DFS = 3 (42, 43, 44)
Laboratory assessment = 14 (14, 16, 18, 20, 33, 34, 35, 36, 37, 8, 39, 40, 41, 68)
Adherence-outcome correlation:
Yes = 24 studies (26, 27, 42, 43, 44, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 8, 39, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 52, 9, 67, 68, 69)
No = 14 studies (14, 15, 16, 25, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 40)
Correlation reported but not statistically significant = 5 studies (32, 28, 29, 30, 31)

ADHERENCIA EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



22,4%



39,4%

Proyecto REAAP



Red de Expertos
en Adherencia
de Atención
Primaria

Prevención secundaria cardiovascular

Adherencia óptima: se asocia a un 20% de disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular y un 38% de disminución de mortalidad por cualquier causa.


Los pacientes con mala adherencia multiplican por 3 el riesgo de mortalidad.

La adherencia a los fármacos preventivos (ácido acetilsalicílico, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, estatinas, etc.) ronda el 50% 1 año después del alta hospitalaria.

¿CÓMO PODEMOS MEJORARLA?

Review

Medication Non-Adherence in Rheumatology, Oncology and Cardiology: A Review of the Literature of Risk Factors and Potential Interventions

Vicente F. Gil-Guillen ^{1,2,*}, Alejandro Balsa ^{3,4}, Beatriz Bernárdez ^{5,6,7,8} , Carmen Valdés y Llorca ^{9,10,11}, Emilio Márquez-Contreras ¹², Juan de la Haba-Rodríguez ¹³, Jose M. Castellano ^{14,15} and Jesús Gómez-Martínez ¹

Socioeconomic	<ul style="list-style-type: none"> Single marital status [54,55] Lack of social support [56,57,58,59,60,61,62] Living alone [63,64] High cost of medication [65,66]
Healthcare system	<ul style="list-style-type: none"> Bad patient–healthcare provider relationship [67,68] Short duration of care time per patient [56,69,70] Supply problems of community pharmacies [63] High cost of hospital care [71,72]
Patient	<ul style="list-style-type: none"> Young age (15–30 years) [54,73,74,75,76] Mental disorders [56,58,60,69,70,75,77,78,79,80,81,82,83,84] Negative biases about treatment [56,60,62,67,68,69,77,85,86,87,88] Negative biases about prognosis Lack of information and understanding about the disease and treatment [89,90,91] Frustration/difficulty of symptoms control [92] Forgetfulness [56,62,65,66,69,70,86,93,94,95,96,97,98] Unhealthy lifestyle habits [56,62,85,99]
Condition	<ul style="list-style-type: none"> Comorbidities [54,56,60,69,70,72,74,75,76,79,83,84,90,100,101,102,103,104,105,106,107,108,109] Perception of severity of disease [56,61,69,76,79,103,110,111] Perception of therapy's risks and benefits [58]
Therapy	<ul style="list-style-type: none"> Adverse effects [56,62,70,80,91,94,96,98,105,106,112,113,114,115,116,117] High complexity of the therapeutic regimen [56,60,70,78,100,106] Treatment duration [56,60,70,96,98,115,118,119]

RISK FACTORS OF NON-ADHERENCE	POSSIBLE INTERVENTIONS
Forgetfulness	<ul style="list-style-type: none"> Use of reminders Evaluation and monitoring of adherence Simplification of therapeutic regimen
Negative biases about treatment	<ul style="list-style-type: none"> Educational sessions Encourage patient participation in decision making Improvement of the patient–healthcare provider relationship Written material that addresses the benefits of maintaining positive behaviors Visualization of the progress of the disease through a multidimensional questionnaire
Young age	<ul style="list-style-type: none"> Encourage patient participation in decision making Promote the creation of patient groups
Frustration/difficulty controlling symptoms	<ul style="list-style-type: none"> Educational sessions Evaluation and monitoring of adherence Visualization of the progress of the disease through a multidimensional questionnaire Social support for the patient Advice to the patient by healthcare professionals Semi-structured motivational interviews Effective management of mood-related problems
Unhealthy lifestyle habits	<ul style="list-style-type: none"> Educational sessions Promote the creation of patient groups Advice to the patient by healthcare professionals
Mental disorders	<ul style="list-style-type: none"> Social support for the patient Effective management of mood-related problems Semi-structured motivational interviews Advice to the patient by healthcare professionals Written material that addresses the benefits of maintaining positive behaviors
Perception of prognosis	<ul style="list-style-type: none"> Visualization of the progress of the disease through a multidimensional questionnaire Social support for the patient Effective management of mood-related problems Semi-structured motivational interviews Advice to the patient by healthcare professionals
Lack of information/knowledge/understanding about the pathology and treatment	<ul style="list-style-type: none"> Educational sessions Removing barriers related to taking medication Pharmaceutical Care Services
Low disease activity, mild/moderate pain	<ul style="list-style-type: none"> Visualization of the progress of the disease through a multidimensional questionnaire
Comorbidities	<ul style="list-style-type: none"> Pharmaceutical Care Services
Treatment duration	<ul style="list-style-type: none"> Simplification of therapeutic regimen Pharmaceutical Care Services
High complexity of the therapeutic regimen	<ul style="list-style-type: none"> Use of reminders Evaluation and monitoring of adherence Simplification of therapeutic regimen
Situation of coexistence	<ul style="list-style-type: none"> Effective management of mood-related problems Semi-structured motivational interviews Social support for the patient
Bad patient–healthcare provider relationship	<ul style="list-style-type: none"> Improvement of the patient–healthcare provider relationship Encourage patient participation in decision making Pharmaceutical Care Services Strategies that facilitate/improve patient care
Low-intensity, infrequent patient follow-up	<ul style="list-style-type: none"> Use of reminders Pharmaceutical Care Services Strategies that facilitate/improve patient care

Figura 2

Modelo de prescripción centrado en la persona como herramienta para mejorar la adherencia en el paciente con multimorbilidad.



RETOS

¿Adherencia desde la consulta de FO?

Lectura vials

Quantitat dispensació: 230.0
 Quantitat remanent anterior: 4.0
 * Quantitat remanent: 0.0
 * Inici: 04/01/2023
 * Fi: 22/05/2023
 * nº dies de descans: 0
 * Posologia: 3.0

Accepta Cancel·la

Arxiu medicament

Observacions

pasa con el farmacéutico.

envío a casa prox visita 04/01

Registres: 54

Num. dies descar	Posologia	Quantitat teòrica	Quantitat dispensada	Quantitat remanent	Inici	Fi	Pct. Adherència
0	3	180	180	0	04/01/2023	22/05/2023	56.93



RETOS

¿Seguimos en la consulta la
adherencia a los tratamientos
ECV?

Effectiveness of mHealth apps on adherence and symptoms to oral anticancer medications: a systematic review and meta-analysis

Suet May Chow¹ · Bee Kim Tan^{1,2}

Received: 15 December 2023 / Accepted: 7 June 2024 / Published online: 12 June 2024
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2024

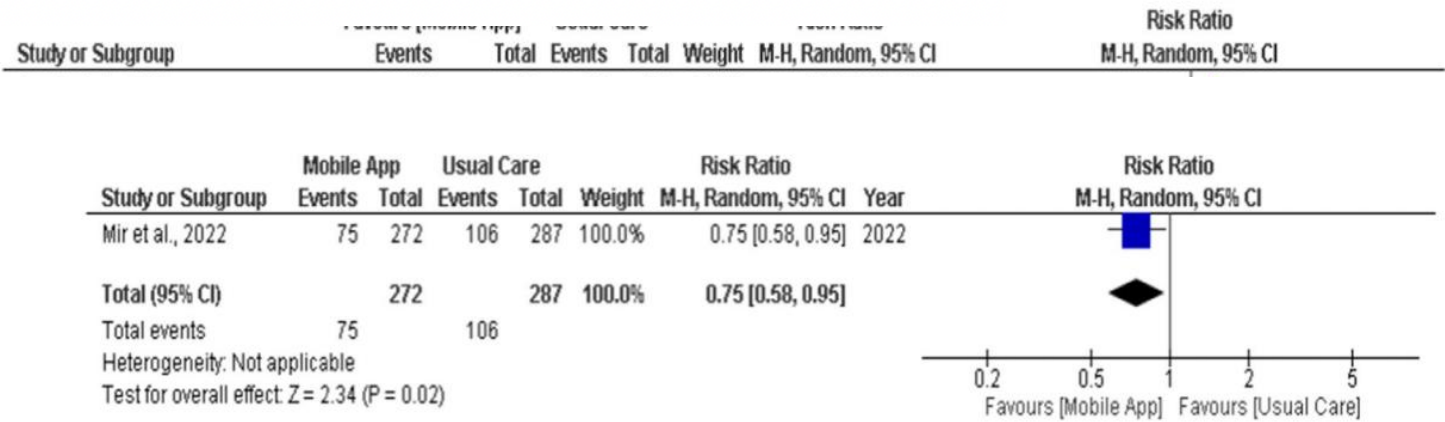


Fig. 4 Relative ratio in proportion of participants experiencing grade 3 and 4 toxicity with OAM in mHealth app group versus usual care

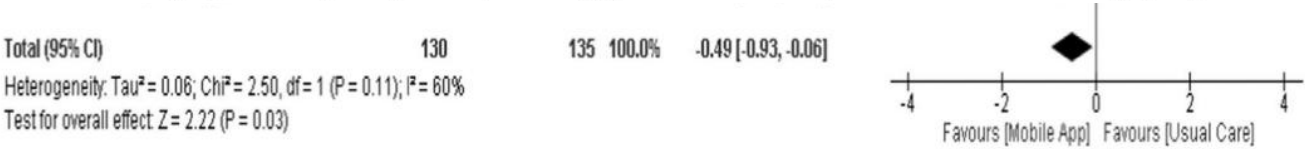


Fig. 3 Standardised mean difference in symptom burden to OAM in mHealth app group versus usual care

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25



Gracias

correoautoría@gmail.com