

doi: 10.60103/phc.v28.e945
Artículos Originales · Original Articles

La experiencia con la medicación: enfoque biopsicosocial en la farmacia comunitaria

The medication experience: a biopsychosocial approach in
community pharmacy

Información

Fechas:
Recibido: 30/04/2026
Aceptado: 16/10/2026
Publicado: 29/10/2026

Correspondencia:
María Amparo Blázquez-Ferrer
amparo.blazquez@uv.es

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Financiación:
Sin financiación.

Autorías

Rafael Omar Pérez-Rodríguez^{1,3}  0000-0002-7379-2163

María González-Valdivieso²  0000-0001-8552-7589

María Amparo Blázquez-Ferrer³  0000-0001-7673-9328

¹Programa de Doctorado en Biomedicina y Farmacia, Universitat de València. Farmacia San Francisco Javier, Arrecife, Lanzarote, España.

²Unidad de Optimización de la Farmacoterapia, Farmacia La Barbera, La Vila Joiosa, Alacant, España.

³Departament de Farmacologia, Facultat de Farmàcia i Ciències de l’Alimentació, Universitat de València, Burjassot, Valencia, España.

Contribución de autorías
Todas las personas firmantes han contribuido por igual en la investigación y la elaboración de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: este estudio evalúa el impacto del Comprehensive Medication Management en un grupo de cinco pacientes atendidos en la Farmacia San Francisco Javier (Arrecife, Lanzarote).

Método: se realizó un estudio mixto cualitativo-cuantitativo, observacional y prospectivo, durante un periodo máximo de seis meses. Se recopilaban datos mediante entrevistas en profundidad, revisión de registros farmacoterapéuticos y evaluación clínica. Se identificaron los problemas presentes en la farmacoterapia y se diseñaron intervenciones individualizadas para cada paciente, evaluando además la calidad de vida mediante EQ-5D-5L, EQ-VAS y AVAC.

Resultados: se detectaron 21 problemas en la farmacoterapia, de los cuales 20 (95,2 %) fueron resueltos mediante supresión de medicamentos, sustituciones, ajustes posológicos y educación sanitaria. Los más frecuentes fueron la necesidad de tratamiento no cubierta (23,8 %), la medicación innecesaria (19,0 %) y las reacciones adversas (14,3 %). La evaluación clínica mostró 9 problemas de salud resueltos, 14 estables, 6 con mejoría, 3 con mejoría parcial y 1 en empeoramiento, incluyendo dos problemas de salud nuevos durante el seguimiento. La experiencia farmacoterapéutica fue mayoritariamente positiva, con buena comprensión del tratamiento y motivaciones centradas en la salud, aunque se detectaron preocupaciones sobre dependencia y efectividad de ciertos fármacos. La calidad de vida mejoró en todos los pacientes, destacando el Paciente 4 con un aumento de 13,3 AVAC y reducción de ansiedad/depresión.

Conclusión: el Comprehensive Medication Management demostró efectividad en la resolución de los problemas de la farmacoterapia, mejora clínica y optimización de la experiencia con la medicación. Los resultados refuerzan su potencial como herramienta clínica y humanista, destacando la importancia de la colaboración interdisciplinaria para la atención farmacéutica centrada en el paciente.

Palabras clave: Optimización de la farmacoterapia; Experiencia con la medicación; Calidad de vida; Evaluación de necesidades; Educación en salud.

ABSTRACT

Introduction: This study evaluates the impact of Comprehensive Medication Management on a group of five patients attended at San Francisco Javier Pharmacy (Arrecife, Lanzarote).

Method: A mixed-methods, observational, and prospective study was conducted over a maximum period of six months. Data was collected through in-depth interviews, review of pharmaceutical records, and clinical assessments. Drug therapy problems were identified, and individualized interventions were designed for each patient. Quality of life was also assessed using EQ-5D-5L, EQ-VAS, and QALYs.

Results: Twenty-one drug therapy problems were identified in 5 patients, of which 20 (95.2%) were resolved through medication discontinuation, substitutions, dose adjustments, and health education. The most frequent were unmet needs for additional treatment (23.8%), unnecessary medication (19.0%), and adverse drug reactions (14.3%). Clinical evaluation showed nine resolved conditions, fourteen stable, six improved, three partially improved, and one worsened, including two new conditions identified during follow-up. The medication experience was predominantly positive, with good understanding of treatment and health-oriented motivations, although some concerns regarding dependency and drug efficacy were noted. Quality of life improved in all patients, with Patient 4 showing a 13.3 QALY gain and reduced anxiety/depression.

Conclusion: Comprehensive Medication Management proved effective in resolving drug therapy problems, improving clinical outcomes, and optimizing the medication experience. The results highlight its potential as both a clinical and humanistic tool, emphasizing the importance of interdisciplinary collaboration in patient-centered pharmaceutical care.

Key Words: Pharmacotherapy Optimization; Medication Experience; Quality of Life; Needs Assessment; Health Education.

Introducción

La atención farmacéutica ha evolucionado hacia un enfoque centrado en el paciente y su entorno, lo que ha dado lugar al Comprehensive Medication Management (CMM), un modelo estandarizado que garantiza la adecuación, efectividad y seguridad de los tratamientos, considerando factores clínicos, sociales y culturales^(1,2). Esta estrategia, que Foro de Atención Farmacéutica traduce como Seguimiento Farmacoterapéutico en su Documento de Consenso, incorpora un enfoque biopsicosocial y promueve la colaboración interdisciplinaria para resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos, integrando las creencias, actitudes y experiencias del paciente⁽³⁾.

La experiencia con la medicación (Medication Experience, MedExp) influye en la toma de decisiones de salud y se ve condicionada por factores individuales, culturales y sociales⁽⁴⁾. Por ello, se propone un abordaje holístico, especialmente relevante en la atención primaria^(4,5). La MedExp permite a los farmacéuticos adaptar sus intervenciones desde una perspectiva relacional⁽⁴⁾, siendo complementaria al uso de tecnologías de seguimiento en contextos como el síndrome coronario agudo⁽⁶⁾.

El CMM, como modelo clínico, representa un avance técnico y cultural al promover la atención personalizada y coordinada en el manejo de enfermedades crónicas y multimorbididades⁽⁷⁾. Este modelo enfatiza la individualización del tratamiento y la evaluación sistemática de su adecuación⁽⁸⁾, fomentando también la adherencia terapéutica y la integración de intervenciones no farmacológicas^(7,9).

La evidencia respalda su efectividad clínica, económica y organizativa en distintos contextos y patologías, incluidas la hipertensión, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas⁽⁹⁻¹³⁾. Además, se han identificado facilitadores y barreras para su implementación en atención primaria^(11,12). Las herramientas cualitativas permiten detectar necesidades ocultas y adaptar las intervenciones al perfil del paciente^(5,11), mostrando beneficios clínicos en enfermedades complejas como el cáncer o la leucemia mieloide crónica^(3,15).

A pesar de los retos para su adopción generalizada, el CMM cuenta con respaldo científico que demuestra sus beneficios clínicos, económicos y humanísticos, consolidándose como un modelo innovador, con potencial para mejorar la calidad, seguridad y sostenibilidad de los sistemas de salud^(8,14).

En este artículo, se aborda la importancia del CMM como modelo holístico e interdisciplinario, integrando conceptos clave como la experiencia con la medicación y la resolución de los problemas detectados en la farmacoterapia. Asimismo, se analiza cómo estos elementos contribuyen a la transformación de la práctica farmacéutica y al desarrollo de una atención centrada en el paciente, promoviendo una visión integral que combine los avances científicos con un enfoque ético y humanista.

Con este propósito, se analizaron los resultados de la implementación del CMM en un grupo de 5 pacientes, 3 de ellos polimedicados atendidos en la Farmacia Comunitaria. Los objetivos principales del estudio fueron:

1. Describir la experiencia con la medicación de los pacientes que reciben CMM.
2. Determinar, mediante CMM, los problemas presentes en la farmacoterapia (necesidad de tratamiento no cubierta, medicación innecesaria, ineffectividad e inseguridad) y detallar la evolución de los problemas de salud de los pacientes atendidos.
3. Valorar la calidad de vida de los pacientes que reciben CMM mediante el cuestionario EQ 5D 5L.

Métodos

El estudio se diseñó como una investigación mixta (cualitativa-cuantitativa), observacional, descriptiva y prospectiva, para analizar los resultados de la implementación del Comprehensive Medication Management (CMM) en pacientes atendidos en la Farmacia Comunitaria San Francisco Javier (Arrecife, Lanzarote) que aceptaron participar en el servicio durante un periodo máximo de seis meses. Los datos recopilados permitieron identificar los problemas relacionados con la farmacoterapia y las experiencias de los pacientes con la medicación, con el fin de desarrollar intervenciones farmacéuticas individualizadas orientadas a optimizar la seguridad, la efectividad del tratamiento y la colaboración interdisciplinaria. Cuando la intervención requería del médico de atención primaria (MAP), se elaboraba un informe de derivación entregado por el paciente durante la consulta médica, registrándose estas actuaciones como "Derivación a MAP" (Tabla 3).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Humanos (CEIH) de la Universitat de València (UV-INV_ETICA-2517099). Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos, las intervenciones previstas y el tratamiento de los datos, y firmaron el consentimiento informado antes de su inclusión, garantizándose la confidencialidad y la anonimización completa de la información.

Para elaborar la historia terapéutica de los pacientes se utilizaron dos fuentes de información:

1. La proveniente de la documentación acerca de sus problemas de salud, medicamentos utilizados y antecedentes (historia clínica del paciente, informes médicos, historial de receta electrónica).
2. La fundamentada en el relato propio del paciente, que constituye su experiencia con la medicación.

Herramientas de recolección de datos

La evaluación biomédica de la farmacoterapia se basó en parámetros analíticos y se complementó con una metodología cualitativa que combinó una entrevista estructurada para la recogida sistemática de la información clíni-

ca y farmacoterapéutica (Anexo 1) y una entrevista en profundidad (Anexo 2), destinada a explorar la experiencia del paciente con la medicación (creencias, expectativas, preocupaciones y objetivos terapéuticos), permitiendo incorporar la perspectiva del paciente y los factores biopsicosociales que pueden influir en el manejo, la adherencia y la efectividad del tratamiento, proporcionando una visión integral de sus necesidades⁽⁵⁾.

Los datos recogidos fueron registrados en Medicines Optimisation Software (MOS) (<https://www.medicinesoptimisationsoftware.com>), una plataforma de historia terapéutica electrónica accesible únicamente por los investigadores. Para garantizar la confidencialidad, todos los participantes fueron identificados mediante un código que aseguró la anonimización de los datos.

Criterios de inclusión

Se incluyeron como participantes del estudio pacientes mayores de 18 años que acudían a la Farmacia San Francisco Javier. Se excluyeron aquellos pacientes que no firmaron el consentimiento informado.

Análisis

El análisis de los datos se realizó en tres etapas:

1. Evaluación inicial

Se inicia estableciendo una relación de confianza con el paciente para conocer su percepción sobre la salud y el uso de los medicamentos en su contexto personal y cultural. Posteriormente, se identifican las necesidades relacionadas con la farmacoterapia, evaluando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos, la necesidad de añadir o retirar medicamentos y la existencia de problemas de efectividad, seguridad o uso. Asimismo, se analiza la MedExp junto con las variables clínicas y los problemas presentes en la farmacoterapia.

1.1. Análisis de la experiencia con la medicación de los pacientes

Se realizó un análisis de las entrevistas, identificando patrones en las percepciones, actitudes y emociones de los pacientes hacia su tratamiento farmacológico.

1.2. Clasificación de problemas de salud

Los problemas de salud se clasificaron según la propuesta de Cipolle et al.⁽¹⁶⁾ en las siguientes categorías: resuelto, estable, mejoría, mejoría parcial, aún sin mejoría, empeoramiento, fracaso y exitus.

1.3. Identificación de problemas en la farmacoterapia

A partir del análisis conjunto de la información clínica y de las narrativas de la experiencia con la medicación, se identificaron situaciones de necesidad de

tratamiento no cubierta, medicación innecesaria, ineffectividad, inseguridad y falta de adherencia terapéutica.

2. Plan de atención al paciente

A partir de la evaluación, se diseña un plan conjunto entre el farmacéutico y el paciente para resolver los problemas detectados, incluyendo metas claras, formas de lograrlas, tiempos realistas y mecanismos para medir el progreso. La participación activa e informada del paciente es fundamental en cada etapa del proceso.

3. Evaluación del plan de atención al paciente

Se revisa si las metas han sido alcanzadas, pudiendo ser necesario elaborar un nuevo plan para reforzar avances y corregir lo que no se haya logrado.

3.1. Valoración de la calidad de vida de las pacientes que reciben el CMM a través del cuestionario EQ 5D 5L.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por cinco pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Estado de Situación en Entrevista Inicial

Perfil de los pacientes				Problema de Salud				Medicamento							
P	Edad	G	Estado	Nombre	Inicio	Objetivo	Estado	Nombre	Régimen prescrito	Inicio	Régimen usado	I	E	S	A
P1	59	F	Desempleada	Hipertensión Arterial	20/02/16	VALORES ÓPTIMOS DE PA.	Estable	Valsartán 160 mg-Hidroclorotiazida 12,5 mg	1-0-0	26/02/16	1-0-0	Sí	Sí	No	Total
				Dislipidemia	03/01/23	VALORES ÓPTIMOS DE PERFIL LIPÍDICO	Empeora	Atorvastatina 20 mg	0-0-1	03/01/23	0-0-1	Sí	Sí	No	Total
				Dolor muscular	18/04/23	REDUCIR DOLOR	Empeora								
P2	61	F	Empleada	Hipertensión arterial	23/02/21	VALORES ÓPTIMOS DE PA.	Estable	Lisinopril 20 mg-Hidroclorotiazida 12,5 mg	1-0-0	23/02/21	1-0-0	Sí	Sí	No	Total
				Dislipidemia	23/02/21	VALORES ÓPTIMOS DE PERFIL LIPÍDICO	Estable	Atorvastatina 20 mg	0-0-1	23/02/21	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
				Tos	15/07/22	CESACIÓN DE EPISODIOS DE TOS	Empeora								

Perfil de los pacientes				Problema de Salud			Medicamento								
P	Edad	G	Estado	Nombre	Inicio	Objetivo	Estado	Nombre	Régimen prescrito	Inicio	Régimen usado	I	E	S	A
				Ansiedad	22/09/22	DISMINUIR ANSIEDAD	Mejoría Parcial	Diazepam 5 mg	1-0-0	22/09/22	1-0-0	Sí	Sí	Sí	Total
P3	51	F	Desempleada	Asma	12/03/15	CONTROL DE PATOLOGÍA	Estable	Salbutamol 100 mcg	1 pulverización cada 6 horas	12/03/15	1 pulverización cada 6 horas	Sí	Sí	Sí	Parcial
								Budesonida 400 mcg/inhalación polvo	1 inhalación cada 12 horas	20/11/15	1 inhalación cada 12 horas	Sí	Sí	Sí	Total
				Trastorno ansioso-depresivo	05/11/18	REDUCIR ANSIEDAD-DEPRESIÓN	Mejoría Parcial	Paroxetina 20 mg	1-0-0	05/11/18	1-0-0	Sí	Sí	Sí	Total
				Alergia	13/08/19	EVITAR APARICIÓN DE SÍNTOMAS ALÉRGICOS	Estable	Ebastina 20 mg	0-0-1	13/08/19	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
				Dolor de rodillas	18/02/20	REDUCIR DOLOR	Estable	Paracetamol 1 g	1-1-1	18/02/20	1-1-1	Sí	Sí	Sí	Total
				SCACEST fibrinolizado	02/09/22	VALORES ÓPTIMOS DE PA. Y PERFIL LIPÍDICO	Estable	Ácido acetilsalicílico 100 mg	1-0-0	02/09/22	1-0-0	Sí	Sí	Sí	Total
								Ticagrelor 90 mg	1-0-1		1-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
								Bisoprolol 2,5 mg	1-0-0		1-0-0	Sí	Sí	Sí	Total
								Valsartán 80 mg	1-0-0		1-0-0	Sí	Sí	Sí	Total
								Amlodipino 5 mg	0-0-1		0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
				Dislipidemia mixta	02/09/22	VALORES ÓPTIMOS DE PERFIL LIPÍDICO	Empeora	Atorvastatina 40 mg	0-0-1	02/09/22	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
								Omega 3	0-2-0	07/06/23	0-2-0	Sí	Sí	Sí	Total
				Prevención Gástrica	02/09/22	NO APARICIÓN DE MOLESTIA GÁSTRICA	Estable	Pantoprazol 40 mg	1-0-0	02/09/22	1-0-0	No			
				Obesidad tipo III	21/12/22	REDUCCIÓN DE I.M.C.	Empeora	Liraglutida 6 mg/ml	1,8 mg por la mañana	21/12/22	1,8 mg por la mañana	Sí	No	Sí	Total
				Déficit de Vitamina D	21/12/22	VALORES ÓPTIMOS DE VITAMINA D	Estable	Colecalciferol 25000 UI	1 cápsula cada 15 días	21/12/22	1 cápsula cada 15 días	Sí	-	Sí	Total
				Insomnio	19/09/22	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO	Empeora	Zolpidem 10 mg	0-0-1	19/09/22	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Nula
				Soporte nutricional	16/01/24			Ácido 5 alfa lipoico	1-0-0	16/01/24	1-0-0	Sí	Sí	No	Total
								Drenante Natural	1-0-0	16/01/24	1-0-0				

Perfil de los pacientes				Problema de Salud			Medicamento								
P	Edad	G	Estado	Nombre	Inicio	Objetivo	Estado	Nombre	Régimen prescrito	Inicio	Régimen usado	I	E	S	A
P4	29	F	Empleada	Dolor menstrual	13/07/18	REDUCCIÓN DE DOLOR	Estable	Naproxeno 550 mg	1 cada 12 horas si precisa	13/07/18	1 cada 12 horas si precisa	Sí	Sí	Sí	Total
				Alergia	02/01/20	EVITAR APARICIÓN DE SÍNTOMAS ALÉRGICOS	Estable	Ebastina 10 mg	0-0-1	02/01/20	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
								Adrenalina 300 mcg inyectable	Si precisa	31/05/23	Si precisa				
				Asma	02/01/20	CONTROL DE PATOLOGÍA	Estable	Salbutamol 100 mcg inhalador	1 puff cada 8 horas si precisa	02/01/20	1 puff cada 8 horas si precisa	Sí	Sí	Sí	Parcial
				Ansiedad	03/04/24	DISMINUIR ANSIEDAD	Empeora	Diazepam 10 mg	0-0-1	03/04/24	0-0-1	Sí	Sí	Sí	Nula
				Insomnio	09/09/24	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO	Empeora								
				Enfermedad Venosa Crónica	09/09/24	REDUCIR PROGRESIÓN	Empeora								
P5	41	M	Empleado	Eccema	07/11/24	REDUCIR BROTES	Empeora								
				Tabaquismo	01/01/00	CESACIÓN TABÁQUICA	Empeora								
				Hipertensión Arterial	23/06/22	VALORES ÓPTIMOS DE P.A.	Empeora	Enalapril 5 mg	1-0-0	23/06/22	1-0-0	Sí	No	Sí	Total
				Dolor articular de rodillas	17/11/24	REDUCIR DOLOR	Empeora	Ibuprofeno 600 mg	1-1-1	17/11/24	1-1-1	Sí	Sí	No	Total
								Capsaicina 0,075% crema tópica	1-0-1		1-0-1	Sí	Sí	Sí	Total
				Prevención Gástrica	17/11/24	NO APARICIÓN DE MOLESTIA GÁSTRICA	Estable	Omeprazol 20 mg	1-0-0	17/11/24	1-0-0	No			
				Insomnio	12/08/24	MEJORA DE LA CALIDAD DEL SUEÑO	Mejoría Parcial	Lormetazepam 1 mg	0-0-1		0-0-1	Sí	Sí	Sí	Total

Extraído de: <https://mos.medicinesoptimisationsoftware.com>
(P: paciente; G: género; F: femenino; M: masculino; I: medicamento indicado; E: efectivo; S: seguro; A: adherencia)

1. Experiencia con la medicación

A través del análisis de las narrativas obtenidas con la entrevista en profundidad (Tabla 2) se explora la MedExp desde una perspectiva biopsicosocial. Resultados obtenidos de la entrevista en profundidad realizada a los pacientes (Anexo 2):

Tabla 2. Narrativas extraídas de las entrevistas en profundidad y problemas identificados en la farmacoterapia

Paciente	Narrativas relevantes	Problema identificado
Paciente 1	"Noto que me vengo abajo. Estoy muy decaída, me faltan las fuerzas y yo no soy así."	Inseguridad (VALSARTÁN 160 MG-HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG) Reacción adversa al medicamento Dosis muy Alta
	"Ahora sé que no se puede partir la pastilla... pero claro...así me dijo que lo hiciera y así lo hacía."	Inseguridad (VALSARTÁN 160 MG-HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG) Dosis muy Alta: Administración Incorrecta (Cortar comprimido recubierto a la mitad para reducción de dosis del antihipertensivo)
Paciente 2	"Es que de repente me da una tos, que no sé dónde meterme." "No te haces una idea de lo limitante que está siendo en mi día a día" "Me limita y no puedo hacer vida normal"	Inseguridad (LISINAPRIL) Reacción Adversa al Medicamento: Efecto Indeseable. (Tos)
Paciente 3	"Fuera de receta tomo montón de cosas. me lo indicó así mi entrenador." "Soy fan de las cosas naturales" "Me las tomo para estar bien."	Inseguridad (ÁCIDO ALFA-LIPOICO) Reacción Adversa al Medicamento: interacción medicamentosa. (Posible interacción con fármacos antiagregantes/uso de productos con escasa evidencia científica)
	"El insomnio es algo tan crónico que ya es como una mascota para mí."	Inefectividad (MELATONINA, VALERIANA, AMAPOLA, PASSIFLORA) Necesita un medicamento diferente y/o implementación de medidas no farmacológicas.
Paciente 4	"No quiero depender de un medicamento. Recurro a él, sólo y exclusivamente si me encuentro con un nivel de ansiedad desbordante"	No adherencia (DIAZEPAM) La paciente prefiere no tomarlo.
	"Con el tema del insomnio...pues supongo que está muy relacionado con mi estado de ansiedad..." "Necesito descansar, pero no me gustaría tener que tomar diariamente un medicamento para ello"	Necesidad de tratamiento no cubierta (INSOMNIO) Necesita Medicamento Adicional: Problema no tratado
	"Paso muchas horas de pie en el trabajo y hay días que no aguanto mis piernas" "Ahora que lo dices...tengo algunas venitas bastante marcadas."	Necesidad de tratamiento no cubierta (EVC) Necesita Medicamento Adicional: Problema no tratado
Paciente 5	"La piscina me ha dado mucho" "Hay noches que llego auténticamente roto al final del día" "Quiero intentar quitarme la de dormir"	Medicación innecesaria (LORMETAZEPAM) Medicamento innecesario: Sin indicación apropiada
	"Lo de dejar de fumar no te creas que no lo he pensado" "Me he quitado algún cigarro, pero creo que necesito un empujón extra" "La motivación llegados a este punto no me falta".	Necesidad de tratamiento no cubierta (TABAQUISMO) Necesito medicamento adicional: Problema no tratado

1.1. Actitud del paciente acerca de la toma de medicamentos

Se observó que en todos los pacientes fue positiva y consciente, reconociendo la importancia del tratamiento como elemento clave para mantener o mejorar su salud, valorándolo de manera favorable. En el caso de la Paciente 4, esta actitud positiva se refuerza por la mejoría

experimentada en el control del asma y la alergia desde el inicio del tratamiento, favoreciéndose la adherencia y la correcta autogestión.

El Paciente 5 muestra una actitud responsable hacia el tratamiento de la hipertensión arterial, manifestando rechazo hacia los fármacos prescritos para otros problemas de salud, que percibe como una carga.

1.2. Expectativas sobre la farmacoterapia

Los pacientes expresaron la aspiración de obtener beneficios tangibles que repercutan en una mejor calidad de vida. Una expectativa común en todos los pacientes fue no solo evitar el empeoramiento de su estado de salud, sino también alcanzar una estabilidad que les permitiera vivir de manera independiente y completa.

La Paciente 4 comparte esta visión esperando que sus medicamentos sean efectivos, bien tolerados y sin efectos adversos que interfieran con otros problemas de salud.

En el caso del Paciente 5, expresa el deseo de poder suspender el uso de algunos fármacos, especialmente los relacionados con el insomnio y el dolor, ya que no los percibe como solución definitiva a sus problemas. Destaca un sentimiento de envejecimiento, vinculado a la farmacoterapia, presentando predisposición a realizar cambios en su estilo de vida como estrategia para reducir su carga farmacológica.

1.3. Preocupaciones sobre los medicamentos

La dimensión de las inquietudes se centra en los efectos secundarios y en la efectividad del tratamiento. Algunos pacientes manifiestan temores específicos: la Paciente 1 mencionó molestias asociadas como dolores musculares, la Paciente 2 mostró preocupación por la dependencia y riesgos asociados al uso de diazepam.

Por otro lado, la Paciente 3 evidenció preocupación por la falta de efectividad de su tratamiento (zolpidem) para el insomnio. De forma similar, la Paciente 4 expresó desconfianza hacia el diazepam, así como hacia fármacos para el tratamiento del problema de insomnio, rechazando su uso por miedo a generar dependencia, sin manifestar preocupaciones con respecto al resto de su medicación, considerándola segura y efectiva para el control de su asma y alergia.

El Paciente 5 manifestó un fuerte malestar asociado a la percepción de estar “amarrado” a la medicación, temiendo que con el tiempo su situación empeore y deba consumir cada vez más medicamentos. Este sentimiento se vincula con una percepción de envejecimiento prematuro, relacionada con el uso de fármacos.

1.4. Comprensión de la medicación

Se evidencia que la mayoría de los pacientes entendían claramente el régimen y las indicaciones médicas. Las Pacientes 1 y 2 (no polimedicadas) demostraron dominio sobre su medicación que deriva de la baja complejidad de su tratamiento, lo cual puede contribuir de manera directa a una buena adherencia terapéutica. La Paciente 3 destacó por su interés en informarse y profundizar en el conocimiento sobre su tratamiento, aunque este interés le ha llevado a considerar el uso de terapias alternativas, sin ser consciente de los riesgos que estas conllevan. En línea con estos hallazgos, la Paciente 4 presentó una comprensión completa de su farmacoterapia, apoyada en su formación, lo que facilita una autogestión adecuada, especialmente en el uso de medicación no diaria como naproxeno o ebastina detectándose, sin embargo, errores en la técnica de utilización de inhaladores, que podrían comprometer la efectividad del tratamiento.

El Paciente 5 demuestra un entendimiento claro sobre la necesidad de utilizar medicación antihipertensiva, reforzado por experiencias cercanas de conocidos que han sufrido eventos cardiovasculares a edades similares. Sin embargo, su aceptación del uso de fármacos prescritos para el insomnio y el dolor articular es menor.

1.5. Influencia de motivaciones culturales, religiosas o éticas

Aunque la mayoría de las pacientes no manifestaron influencias concretas, en general predominó una motivación intrínseca orientada a la mejora del estado de salud. No obstante, en el caso de la Paciente 4, se identificó una influencia de tipo cultural relacionada con el temor a la adicción, que condiciona su negativa al uso del diazepam prescrito para el manejo de la ansiedad. En el Paciente 5, se aprecia una influencia social procedente de su círculo social, donde se asocia el uso de medicamentos con el envejecimiento y la enfermedad. Esta percepción refuerza en él sentimientos de vulnerabilidad y malestar, intensificando su rechazo a determinados tratamientos.

1.6. Comportamiento en la administración de la medicación

Para la mayoría de los pacientes se observó un comportamiento relacionado con un entendimiento de la necesidad de uso de los medicamentos para mantener o mejorar su estado de salud. En el caso de la Paciente 1, asocia la toma de sus dos fármacos al desayuno y a la cena. Las Pacientes 2 y 3 destacan por tener unas rutinas muy marcadas, integrando la toma de medicamentos en las mismas. De manera consistente, la Paciente 4 muestra un comportamiento organizado y responsable respecto a su farmacoterapia, en términos generales, gestionando correctamente el uso de los fármacos, especialmente aquellos que no requieren una administración diaria, y buscando información fiable antes de incorporar nuevos tratamientos. Como

excepción, manifiesta preferencia por no tomar diazepam prescrito para la ansiedad. El Paciente 5 presenta un comportamiento diferenciado: cumple rigurosamente con la toma de medicamentos, pero utiliza los fármacos para el dolor e insomnio solo por necesidad inmediata, manifestando el deseo de prescindir de ellos.

2. Comprehensive Medication Management

Durante la prestación del CMM se identificó un total de 21 problemas en la farmacoterapia (Tabla 3). Las intervenciones más frecuentes consistieron en la adición de un tratamiento (5 casos), cuyas recomendaciones fueron aceptadas e implementadas por el equipo médico en varios casos, mientras que otras permanecían en seguimiento al finalizar el estudio. La supresión de medicamentos se realizó en 4 casos de medicación innecesaria, así como en otros relacionados con reacciones adversas o interacciones farmacológicas. También se efectuó la sustitución por alternativas más seguras o efectivas ante problemas de toxicidad, ineffectividad o reacciones adversas, como ocurrió con la atorvastatina.

El ajuste posológico se aplicó en casos de dosis excesivas, como el tratamiento con valsartán-hidroclorotiazida del Paciente 1. Asimismo, se realizaron modificaciones en la pauta de administración y actividades de educación sanitaria para corregir errores de administración y mejorar la adherencia, logrando la resolución de todos estos episodios.

De los 21 problemas detectados, se resolvieron 20 (Tabla 3), lo que refleja una tasa de resolución del 95,2 %.

Tabla 3. Problemas de la farmacoterapia detectados, resueltos, no resueltos e intervenciones realizadas

Paciente	Problema identificado	Fecha de detección	Resuelto Sí/No	Fecha de resolución	Intervención realizada
P1	Inseguridad (ATORVASTATINA) Reacción Adversa al Medicamento: Efecto Indeseable (Miopatía)	07/02/2023	Sí	22/03/2023	Sustitución por nutracéutico de levadura roja de arroz. Valores anteriores a intervención (22/12/2022): -CT: 266 mg/dL; LDL: 187 mg/dL, HDL: 64.9 mg/dL, TG: 73mg/dL. Valores posteriores a intervención 27/06/2023: -CT: 200 mg/dL; LDL 114 mg/dL; HDL: 68.4 mg/dL; TG: 86 mg/
	Inseguridad (VALSARTÁN 160 MG-HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG) Dosis muy Alta: Dosis incorrecta (mareo y fatiga)	18/04/2023	Sí	24/05/2023	Derivación a MAP para valorar reducción de dosis.
	No adherencia (VALSARTÁN 160 MG-HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 MG) por dividir comprimido no ranurado	03/05/2023	Sí	17/05/2023	Educación Sanitaria a paciente y derivación a MAP para valorar prescripción de valsartán 80 mg-hidroclorotiazida 12,5 mg. Valores anteriores a intervención (03/05/23): PA (95/65) Valores posteriores a intervención: PA (125/80)

Paciente	Problema identificado	Fecha de detección	Resuelto Sí/No	Fecha de resolución	Intervención realizada
P2	Inseguridad (LISINOPRIL) Reacción Adversa al Medicamento: Efecto Indeseable. (Tos)	07/02/2023	Sí	22/03/2023	Se estableció posible relación causal entre comienzo de tratamiento y aparición de tos. Derivación a MAP para valorar sustitución de IECA por ARAII.
	Medicación innecesaria (DIAZEPAM) Medicamento innecesario	10/04/2023	Sí	24/05/2023	Suspensión paulatina de uso de diazepam tras remisión de estado de ansiedad asociado a tos por IECA.
P3	No adherencia (ZOLPIDEM) La paciente prefiere no tomarlo.	25/04/2023	Sí	04/05/2023	Ante preferencia de no tomar zolpidem, se propone como alternativa un producto natural a base de melatonina, valeriana, passiflora y amapola para insomnio y medidas de higiene del sueño.
	Inseguridad (ÁCIDO ALFA-LIPOICO) Prevención de Reacción Adversa al Medicamento: interacción medicamentosa. (Posible interacción con fármacos antiagregantes)	25/04/2023	Sí	07/06/2023	Suspensión de uso de ácido alfa-lipoico.
	Medicación innecesaria (PANTOPRAZOL) Medicamento innecesario: sin indicación apropiada	25/04/2023	Sí	07/06/2023	Suspensión paulatina de uso de pantoprazol 40mg
	Inefectividad (OBESIDAD) Necesita un medicamento diferente: no es efectivo para el problema médico	25/04/2023	No		No se observa mejoría relevante del I.M.C.: 60.35 Kg/m ² (25/04/23) a 58.96 Kg/m ² (24/10/23). Derivación a MAP para valorar alternativa a liraglutida.
	Inefectividad (MELATONINA, VALERIANA, AMAPOLA, PASSIFLORA) Necesita un medicamento diferente: no es efectivo para el problema médico.	12/09/2023	Sí	24/10/2023	Derivación a MAP para valorar prescripción de alternativa a zolpidem y a producto natural a base de melatonina, valeriana, passiflora y amapola, prescribiéndose zopiclona como alternativa terapéutica.
P4	Necesidad de tratamiento no cubierta (INSOMNIO) Necesita Medicamento Adicional: Problema no tratado	09/09/2024	Sí	26/09/2024	Recomendación de producto natural a base de melatonina, valeriana, passiflora y amapola para insomnio.
	No adherencia (DIAZEPAM) La paciente prefiere no tomarlo.	09/09/2024	Sí	26/09/2024	Derivación a terapia psicológica y recomendación de producto natural a base de plantas para reducción de síntomas de ansiedad ante el no deseo de tomar diazepam.
	Necesidad de tratamiento no cubierta (EVC) Necesita Medicamento Adicional: Problema no tratado	09/09/2024	Sí	26/09/2024	Recomendación de uso de terapia compresiva y tratamiento con FFPM. Derivación a MAP para valorar intervención realizada.
	No adherencia (INHALADORES) No entendió las instrucciones de uso	09/09/2024	Sí	26/09/2024	Educación Sanitaria para manejo de inhaladores.
	Necesidad de tratamiento no cubierta (DERMATITIS) Necesita Medicamento Adicional: Problema no tratado	09/09/2024	Sí	07/11/2024	Derivación a MAP para valorar prescripción de tratamiento tópico para brotes de dermatitis capilar y corporal. Recomendación de productos adecuados para el cuidado de la piel.

Paciente	Problema identificado	Fecha de detección	Resuelto Sí/No	Fecha de resolución	Intervención realizada
P5	Inseguridad (IBUPROFENO) Prevención de Reacción Adversa al Medicamento: Medicamento no seguro para el paciente.	27/11/2024	Sí	30/12/2024	Derivación a MAP para valorar sustitución por alternativa más segura como paracetamol 1g ante HTA no controlada.
	Necesidad de tratamiento adicional (METAMIZOL) Necesita medicamento adicional: sinérgico/potenciar	27/11/2024	Sí	30/12/2024	Derivación a MAP para valorar inclusión de metamizol en uso conjunto con paracetamol para lograr efecto sinérgico en alivio de dolor articular de rodilla.
	Inefectividad (ENALAPRIL) Dosis muy baja: dosis incorrecta	14/01/2025	Sí	25/02/2025	Derivación a MAP para valorar aumento de dosis de antihipertensivo. Se prescribe Enalapril 20 mg.
	Medicación innecesaria (OME- PRAZOL) Medicamento innecesario: Sin indicación apropiada	14/01/2025	Sí	25/02/2025	Suspensión paulatina de omeprazol ante suspensión de ibuprofeno y no justificación de necesidad de uso.
	Necesidad de tratamiento no cubierta (TABAQUISMO) Necesito medicamento adicional: Problema no tratado	25/02/2025	Sí	14/03/2025	Derivación a MAP para valorar inclusión de citisina 1,5 mg ante el deseo del paciente de cesación tabáquica. Test de Fagerström = 7
	Medicación innecesaria (LOR- METAZEPAM) Medicamento innecesario: Sin indicación apropiada	18/04/2025	Sí	22/05/2025	Sustitución paulatina de lormetazepam, por alternativa a base de melatonina, valeriana, passiflora y amapola.

Respecto al problema “Inefectividad del tratamiento de la obesidad” correspondiente al paciente 3: se realizó una propuesta de cambio de medicación junto con cambios en el estilo de vida para el tratamiento de la obesidad, quedando pendiente de evaluación por MAP en la visita final.

La valoración del lormetazepam, como medicación innecesaria correspondiente al paciente 5, se realizó a petición del propio paciente tras la mejora de su descanso asociada al inicio de actividad física regular, tal como recoge su narrativa (Tabla 2)."

La comparación entre las entrevistas inicial y final evidencia una mejora significativa en los problemas de salud. (Tabla 4).

Tabla 4. Problemas de salud en entrevista inicial y final

Paciente	Problema de Salud	Fecha de entrevista inicial	Clasificación en entrevista inicial	Fecha de entrevista final	Clasificación en entrevista final
Paciente 1	Hipertensión arterial	21/02/2023	Estable	29/08/2023	Estable
	Dislipidemia		Empeora		Mejoría
	Dolor muscular		Empeora		Resuelto
	Mareo y fatiga		Empeora (Detección 18/04/2023)		Resuelto
Paciente 2	Hipertensión arterial	07/02/2023	Estable	10/08/2023	Estable
	Dislipidemia		Estable		Estable
	Tos		Empeora		Resuelto
	Ansiedad		Mejoría Parcial		Resuelto

Paciente	Problema de Salud	Fecha de entrevista inicial	Clasificación en entrevista inicial	Fecha de entrevista final	Clasificación en entrevista final
Paciente 3	Déficit de Vitamina D	25/04/2023	Estable	24/10/2024	Estable
	Asma		Estable		Estable
	Dislipidemia mixta		Empeora		Mejoría
	Obesidad tipo III		Empeora		Empeora
	Trastorno ansioso-depresivo		Mejoría parcial		Estable
	Insomnio		Empeora		Mejoría parcial
	SCACEST fibrinolizado		Estable		Estable
	Prevención Gástrica		Estable		Resuelto
	Dolor rodillas		Estable		Estable
	Alergia		Estable		Estable
Paciente 4	Sobrepeso	09/09/2024	Empeora	17/03/2024	Resuelto
	Ansiedad		Empeora		Mejoría
	Alergia		Estable		Estable
	Asma		Estable		Estable
	Eccema		Empeora		Estable
	EVC		Empeora		Mejoría
	Dolor menstrual		Estable		Estable
	Insomnio		Empeora		Mejoría
Paciente 5	Sobrepeso	27/11/2024	Empeora	22/05/2025	Mejoría Parcial
	Tabaquismo		Empeora		Resuelto
	Hipertensión Arterial		Empeora		Estable
	Insomnio		Mejoría Parcial		Resuelto
	Prevención gástrica		Estable		Resuelto
	Hipertrigliceridemia		Empeora (Detección 08/01/25)		Mejoría
	Dolor rodillas		Empeora		Mejoría Parcial

En la evaluación inicial se registraron 28 problemas de salud, 15 estaban empeorando y 13 estaban estables. En la evaluación final se identificaron 30 problemas de salud, con 9 resueltos, 14 estables, 6 en mejoría y 3 con mejoría parcial, permaneciendo únicamente 1 problema en empeoramiento, correspondiente a la obesidad tipo III del Paciente 3, cuya intervención quedó pendiente de valoración por el médico especialista.

El incremento de dos problemas de salud en la evaluación final se debió a la aparición de mareo y fatiga en la Paciente 1 e hipertrigliceridemia en el Paciente 5, detectados durante el seguimiento clínico del CMM.

Estos resultados reflejan la efectividad de las intervenciones realizadas y ponen de manifiesto la importancia del seguimiento farmacoterapéutico para consolidar los beneficios clínicos obtenidos.

3. Resultados de calidad de vida

La implementación del Test de Calidad de Vida Euro-Qol-5D permitió realizar una comparativa de la percepción de calidad de vida del paciente en la primera entrevista y la final (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la calidad de vida de los pacientes que recibieron CMM según las dimensiones del cuestionario EQ-5D-5L

Código Paciente	Código CVRS EQ-5D-5L (entrevista inicial)					Código CVRS EQ-5D-5L (entrevista final)				
	Movilidad	Cuidado Personal	Actividades cotidianas	Dolor o malestar	Ansiedad o depresión	Movilidad	Cuidado Personal	Actividades cotidianas	Dolor o malestar	Ansiedad o depresión
Paciente 1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2
Paciente 2	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1
Paciente 3	1	1	1	3	2	1	1	1	3	2
Paciente 4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	2
Paciente 5	3	1	2	3	2	2	1	2	2	2

Se evidenciaron respuestas terapéuticas heterogéneas entre los cinco pacientes. La Paciente 1 mejoró en movilidad, actividades cotidianas y dolor/malestar; la Paciente 2 presentó avances en dolor/malestar y ansiedad/depresión; la Paciente 3 no mostró cambios relevantes, aunque tres dimensiones ya reflejaban su mejor estado de salud. La Paciente 4 mantuvo un estado físico óptimo y redujo significativamente la ansiedad/depresión (de nivel 4 a 2), mientras que el Paciente 5 mejoró en movilidad y dolor/malestar, manteniéndose estable en otras dimensiones.

En cuanto a la percepción del propio estado de salud (EQ-VAS, Tabla 6), todos los pacientes manifestaron mejoría.

Tabla 6. Resultados de las variables EQ-VAS, Utilidad y AVAC

Código Paciente	Entrevista inicial			Entrevista final			Años ganados ajustados por calidad de vida (diferencia entre el AVAC entrevista final y AVAC entrevista inicial)
	EQ-VAS	Utilidad	AVAC	EQ-VAS	Utilidad	AVAC	
Paciente 1	65	0,7	26	85	0,9	34	8
Paciente 2	70	0,8	22,6	100	1,0	27,4	4,8
Paciente 3	50	0,8	30,7	60	0,8	30,7	0
Paciente 4	60	0,7	48,2	90	0,9	61,5	13,3
Paciente 5	70	0,7	27,54	80	0,7	29,01	1,47

Respecto a la utilidad de la intervención, todos los participantes mostraron respuesta favorable, excepto la Paciente 3, que no presentó cambios. La Paciente 4 registró la mayor ganancia en AVAC (13,3 años) junto con aumentos significativos en EQ-VAS y utilidad, reflejando un impacto positivo considerable en su percepción de salud y calidad de vida. El Paciente 5 mostró mejoras discretas en EQ-VAS y AVAC, con utilidad estable, indicando un efecto positivo moderado de la intervención.

Discusión

En este estudio se observa una evolución positiva en los problemas de salud de los 5 pacientes tras el CMM, así como una gestión farmacoterapéutica efectiva y una experiencia global favorable, respaldando el valor de un modelo colaborativo. Estos resultados son concordantes con la evidencia, que destaca la revisión de la medicación, la participación del paciente y la colaboración interdisciplinar como elementos clave en la gestión de la farmacoterapia, especialmente en pacientes polimedicados⁽¹⁷⁾.

La evolución clínica refleja un impacto sustancial del CMM en la estabilidad y mejoría del estado de salud. Aunque aparecieron dos PS nuevos clasificados como “empeoramiento”, la tendencia general fue la resolución y mejoría, sugiriendo la capacidad de revertir ciertos problemas de salud. En este sentido, la implementación de CMM ha mostrado resultados clínicos positivos en otros contextos asistenciales, con resultados favorables de las intervenciones farmacéuticas sobre los resultados clínicos, el control terapéutico, la adherencia y el conocimiento sobre la medicación, junto con una elevada aceptación de estas intervenciones^(18,19).

La resolución del 95,2 % de los problemas identificados en la farmacoterapia evidencia la efectividad del CMM y la capacidad del farmacéutico comunitario para garantizar seguridad, efectividad y uso racional de los medicamentos. Este resultado es especialmente relevante, ya que los pacientes con multimorbilidad y polimedicación presentan un alto riesgo de problemas relacionados con los medicamentos, principalmente de seguridad y efectividad⁽²⁰⁾. El único problema no resuelto correspondió a la optimización del tratamiento para la obesidad (Paciente 3), pendiente de evaluación médica, evidenciando barreras externas a la intervención y subrayando la necesidad de colaboración interprofesional como elemento clave para mejorar la implementación y aceptación de las intervenciones farmacéuticas⁽²⁰⁾.

En cuanto a la experiencia con la medicación, la mayoría de los pacientes mostraron actitud positiva y comprensión del tratamiento, favoreciendo la adherencia, aunque se identificaron reticencias frente a determinados fármacos vinculadas a temores de dependencia o a la percepción de envejecimiento, destacando la importancia de intervenciones educativas y de diálogo. Estos hallazgos coinciden con una metasíntesis que destaca las dificultades de la polimedicación y la importancia del conocimiento, las creencias sobre la medicación y el apoyo familiar y social para favorecer la adherencia⁽²¹⁾. Las motivaciones culturales, religiosas o éticas no influyeron de forma generalizada, aunque algunas creencias individuales resaltan la necesidad de abordarlas para mejorar la aceptación del tratamiento.

Respecto a las expectativas, los pacientes manifestaron el deseo de alcanzar estabilidad clínica, preservar su autonomía y mantener el bienestar personal.

El comportamiento frente a la medicación fue mayoritariamente adecuado, integrando el tratamiento en la rutina diaria, lo que refuerza la relevancia de la educación sanitaria personalizada desde la farmacia comunitaria. En este sentido, destaca la importancia de incorporar al paciente en el proceso de revisión de la medicación, particularmente para conocer sus experiencias y objetivos terapéuticos⁽¹⁷⁾. Asimismo, las intervenciones lideradas por farmacéuticos se han asociado con mejoras en la adherencia y en el conocimiento sobre la farmacoterapia⁽¹⁹⁾.

La evaluación de la calidad de vida mostró respuestas heterogéneas: los pacientes 1, 2, 4 y 5 evidenciaron mejoras en movilidad, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, confirmando que el CMM aborda las necesidades del paciente. La Paciente 4 destacó por la mayor ganancia en AVAC y mejoras en ansiedad/depresión, manteniendo un estado físico óptimo, mientras que el Paciente 3 no presentó cambios relevantes, subrayando la necesidad de identificar barreras que puedan limitar la efectividad del CMM. Esta variabilidad individual es compatible con la naturaleza personalizada del CMM, cuyo objetivo no se limita a optimizar los tratamientos, sino también a alinearlos con las necesidades y objetivos específicos de cada paciente. La evidencia señala beneficios en resultados terapéuticos, satisfacción y calidad de vida⁽²²⁾.

Limitaciones del estudio

La experiencia demuestra la viabilidad del CMM en farmacia comunitaria; no obstante, el reducido tamaño muestral (n=5), el diseño observacional, la ausencia de grupo control, disponibilidad limitada de parámetros clínicos objetivos en el contexto de farmacia comunitaria y el corto seguimiento limitan la generalización de los resultados y la valoración de los efectos a largo plazo. Además, su implementación puede verse condicionada por factores organizativos, disponibilidad de recursos y la coordinación asistencial^(12,17). Se requieren estudios multicéntricos con muestras mayores, grupos comparadores y seguimientos prolongados para confirmar su efectividad clínica, económica y humanística.

Conclusiones

El estudio demuestra el impacto positivo del CMM centrado en el paciente, con una alta tasa de resolución de los problemas de la farmacoterapia, junto a la mejora clínica y la optimización de la experiencia con la medicación. La integración del análisis clínico con un enfoque biopsicosocial permite identificar necesidades, orientar intervenciones y favorecer la adherencia y la toma de decisiones compartida. Los resultados también evidencian áreas de mejora en la adecuación terapéutica y en la resolución de problemas complejos, destacando la importancia de la colaboración interprofesional y la confianza

del paciente. En conjunto, los hallazgos respaldan modelos de atención farmacéutica personalizados, colaborativos y centrados en la persona, orientados a una atención más segura y efectiva.

Agradecimientos

A Víctor José Dávila Morera por permitir la implementación del CMM en la Farmacia San Francisco Javier (Arrecife), a María González Valdivieso por brindarme la oportunidad de poder utilizar el “Medicines Optimisation Software” para la prestación del CMM, y, por supuesto, a cada uno de los pacientes por ofrecernos su tiempo, permitiéndonos llevar a cabo una de las facetas más gratificantes del Farmacéutico Comunitario, haciéndonos partícipes de la obtención de resultados favorables en su salud.

Bibliografía

1. Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni P, Arriagada L, Silva Castro MM, et al. Guía para la implantación de servicios de Gestión Integral de la Farmacoterapia. OFIL; 2012.
2. SEDOF. Sociedad Española de Optimización de la Farmacoterapia. Guía de Acreditación de Unidades de Optimización de la Farmacoterapia (UOF) 2024-25. Madrid: SEDOF; 2025. Disponible en: https://www.sedof.org/images/documentos/Guia_Acreditacion_UOF_2024-25.pdf
3. Serrano Uribe A, Silva Castro MM, Olivella Cicero FA, Lanchero Cáceres PX, Durán Blanco TC. Integración del modelo biopsicosocial en la implantación de Comprehensive Medication Management para pacientes tratados en una institución oncológica en Colombia. *Pharmaceutical Care España*. 2023;25(5):20–39.
4. Orozco-Solano S, Silva-Castro MM, Machuca M. Experiencia con la medicación e intervenciones clínicas en pacientes valorados por farmacéuticos: revisión de alcance. *Farm Hosp*. 2023;47(5):230–242.
5. Pérez-Rodríguez RO, González-Valdivieso M, Silva-Castro MM. Entrevistas en profundidad: técnica complementaria a las entrevistas clínicas en las intervenciones basadas en necesidades del paciente. *Pharmaceutical Care España*. 2021;23(5):34–41.
6. Gómez-Barriga MD, Pacheco Del Cerro E, Fernández Del Palacio E, Vila-Costa I. Navigating innovation: Qualitative insights on using technology for health education in acute Coronary Syndrome patients. *Clin Cardiol Cardiovasc Interv*. 2024;7(7):01–06.
7. Vázquez-Vela V, Sánchez-Matamoros P, Bermúdez-Tamayo C, Gavira-Moreno R, López-Muñoz MJ, Silva-Castro MM. Gestión Integral de la Farmacoterapia a pacientes ambulatorios oncohematológicos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev OFIL*. 2024;34(2). Disponible en: <https://www.ilaphar.org/gestion-integral-de-la-farmacoterapia-a-pacientes-ambulatorios-oncohematologicos-en-el-contexto-de-la-pandemia-de-covid-19-un-desafio-o-una-oportunidad/>

- 8.** McFarland MS, Buck ML, Crannage E, Armistead LT, Ourth H, Finks SW, et al. Assessing the impact of comprehensive medication management on achievement of the quadruple aim. *Am J Med.* 2021;134(4):456–461.
- 9.** Kuo T, Chen S, Oh SM, Barragan NC, American Heart Association Western States Chronic Disease Prevention and Management Committee. Comprehensive medication management as a standard of practice for managing uncontrolled blood pressure. *Front Med.* 2021;8:693171.
- 10.** Chung TH, Hernandez RJ, Libaud-Moal A, Nguyen LK, Lal LS, Swint JM, et al. The evaluation of comprehensive medication management for chronic diseases in primary care clinics, a Texas delivery system reform incentive payment program. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1).
- 11.** Sousa MCVB, Nascimento E, Mendonça SA, Chemello C. Professionals' and patients' perspectives on criteria for referring hypertensive patients to comprehensive medication management services in public primary health care. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(7):5233.
- 12.** Pestka DL, Paterson NL, Brummel AR, Norman JA, White KM. Barriers and facilitators to implementing pharmacist-provided comprehensive medication management in primary care transformation. *Am J Health Syst Pharm.* 2022;79(15):1255–1265.
- 13.** Sancho-Vargas N, Zavaleta-Monestel E, Arguedas-Chacón S. Impact of a comprehensive medication management program on ambulatory care patients with noncommunicable diseases in a Latin American hospital: A retrospective study. *J Am Coll Clin Pharm.* 2023;6(3):276–283.
- 14.** Rojas EI, Dupotey NM, De Loof H. Comprehensive Medication Management services with a holistic Point of View, a scoping review. *Pharmacy (Basel).* 2023;11(1):37.
- 15.** Cachafeiro-Pin AI, Villaverde-Piñeiro L, Martín-Clavo S, Silva-Castro MM. Necesidades y experiencia farmacoterapéutica de los pacientes con leucemia mieloide crónica tratados con inhibidores de la tirosina cinasa: revisión sistemática. *Farm Hosp.* 2023;47(2):85–92.
- 16.** Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management services.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
- 17.** Engels L, van den Akker M, Denig P, Stoffers H, Gerger H, Bohnen J, Jansen J. Medication management in patients with polypharmacy in primary care: a scoping review of clinical practice guidelines. *J Evid Based Med.* 2025;18(1):e70015. doi:10.1111/jebm.70015.
- 18.** Morales M, Rojas EI, Fuentes L, Villalona B, Dupotey NM. Implementación piloto de la gestión integral de la farmacoterapia a pacientes hospitalizados con enfermedades cardiovasculares [Comprehensive medication management for inpatients with cardiovascular diseases]. *J Pharm Pharmacogn Res.* 2024;12(4):673-682. doi:10.56499/jppres23.1786_12.4.673.
- 19.** Umeh AU, Chima UE, Agbo CE, Chiekwe OS, Eze AE, Nwachuya CA, Mmuo SS, Nnedu CE, Isah A. Pharmacist-led medication therapy management: impact

on healthcare utilization and costs. Am J Pharmacother Pharm Sci.2025;4(4):4. doi:10.25259/AJPPS_2025_004.

20. Baralić Knežević IR, Arsenović BM, Stefanović KD, Trifunović Balanović DM. Identification of drug-related problems during pharmaceutical care services: introduction to the geriatric department at the University Medical Center. Opšta Medicina. 2024;30(1-2). doi:10.5937/opmed0-48159.

21. Guo X, Wang Y, Wu J, Hu X. Medication multiple experiences of elderly patient with multiple chronic condition: a qualitative meta-synthesis. PLoS One. 2025;20(9):e0331753. doi:10.1371/journal.pone.0331753.

22. Thorakkattil SA, Parakkal SA, Mohammed Salim KT, Arain S, Krishnan G, Madathil H, et al. Improving patient safety and access to healthcare: the role of pharmacist-managed clinics in optimizing therapeutic outcomes. Explor Res Clin Soc Pharm. 2024;16:100527. doi:10.1016/j.rcsop.2024.100527.

Anexo 1. Modelo de entrevista estructurada para pacientes

Duración estimada: 45–60 minutos.

A. Datos demográficos

1. Nombre y apellidos:
2. Fecha de nacimiento (edad):
3. Dirección física o electrónica:
4. Teléfono de contacto:
5. Profesionales de la salud que le atienden:
6. Centro médico habitual:
7. Fecha de la entrevista:

B. Datos de interés clínico

1. Antecedentes de salud

- ¿Qué antecedentes médicos relevantes presenta?

2. Alergias y reacciones adversas previas

- ¿Ha tenido alguna alergia medicamentosa?
- ¿Ha sufrido reacciones adversas a medicamentos?

3. Hábitos de vida

- ¿Fuma? ¿Cuánto?
- ¿Consume alcohol? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Realiza ejercicio físico?

- ¿Cómo es su alimentación?
- ¿Cómo duerme habitualmente?

4. Problemas de salud actuales

- ¿Qué problemas de salud tiene actualmente?
- ¿Desde cuándo presenta cada uno?

5. Medicación que utiliza y forma de uso

- Nombre:
- Indicación (¿para qué lo toma?):
- Duración del tratamiento:
- Pauta prescrita:
- Pauta realmente utilizada:
- Relación con la alimentación:
- Cambios realizados por el propio paciente:
- ¿Utiliza algún medicamento sin receta (OTC)? ¿Con qué frecuencia y para qué?
- ¿Toma productos naturales, plantas medicinales o suplementos alimenticios? Especifique cuáles, dosis y horario.

6. Respuesta al tratamiento

- ¿Percibe que el medicamento es efectivo?
- ¿Ha tenido algún problema de seguridad o efecto adverso?
- ¿Ha tenido dificultades para seguir el tratamiento?

Anexo 2. Modelo de entrevista en profundidad para el análisis de la experiencia farmacoterapéutica del paciente

1. ¿Cuál es la actitud del paciente acerca de tomar sus medicamentos?
2. ¿Qué espera/quiere el paciente de su farmacoterapia?
3. ¿Qué le preocupa al paciente sobre sus medicamentos?
4. ¿En qué medida entiende el paciente sus medicamentos?
5. ¿Hay motivaciones culturales, religiosas o éticas que influyen la disposición del paciente para tomar sus medicamentos?
6. Comportamiento del paciente con respecto a tomar sus medicamentos.
7. Otras apreciaciones sobre la experiencia farmacoterapéutica del paciente.