

Inconsistencias conceptuales relacionadas con la utilización de los RNM

Se acaba de publicar una nota breve¹ en la que sus autores pretenden aclarar ciertas inconsistencias conceptuales relacionadas con la utilización de los resultados negativos relacionados con el uso de los medicamentos que se han ido detectado en diferentes cursos, artículos, conferencias y publicaciones de todo tipo. El objetivo de este escrito no es otro que divulgar el contenido de dicha nota.

El proceso de atención sanitaria comienza cuando un paciente acude a su médico con una dolencia o problema de salud (PS) y éste realiza el diagnóstico correspondiente. En general la respuesta es la instauración de un tratamiento farmacológico, ya que la farmacoterapia es la tecnología sanitaria más utilizada, probablemente por su coste-efectividad.

De una manera general, la prescripción de un medicamento la realizan el médico y el odontólogo, mientras que el farmacéutico comunitario puede realizar la indicación de medicamentos que no precisan receta, estando todavía sin concretar el papel que jugará enfermería en la denominada “prescripción enfermera”.

Sea cual sea el origen de la prescripción, cuando el paciente alcanza los objetivos esperados se entiende que el PS se ha controlado, mientras que si el tratamiento no es efectivo (PS no controlado) o aparece una reacción adversa (nuevo PS “no controlado”) es cuando se afirma que existe un resultado negativo asociado al medicamento (RNM).

Los RNM han sido definidos como los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos^{2,3}. Por tanto los RNM no son sino problemas de salud no controlados, siempre que éstos tengan, o puedan tener, relación con la medicación.

UN aspecto que ha planteado problemas es el análisis de la falta de efectividad de un tratamiento cuando el paciente no utiliza la medicación prescrita. Habitualmente, cuando se identifica una falta de adherencia y el paciente no alcanza los objetivos esperados el farmacéutico lo clasifica como RNM de ineffectividad. Es el caso de los pacientes hipertensos que olvidan tomar su medicación con cierta frecuencia y, como consecuencia de esta falta de adherencia al tratamiento sus valores de presión arterial no están controlados. El PRM es de “incumplimiento” según la terminología de Foro³, que quizás debería modificarse por el término más específico de falta de adherencia. Sin embargo, hay quien afirma que si dicha falta de adherencia es total, es decir, si el paciente no toma ninguna unidad del medicamento prescrito, el RNM responsable de la falta de control del PS no es de ineffectividad sino de necesidad, ya que, según esta corriente, “el paciente necesita un tratamiento que no utiliza”.

En los documentos de consenso que definen los RNM se afirma que un paciente tiene un RNM de necesidad cuando ante la aparición de un PS nuevo y la solicitud de atención sanitaria, “el sistema” no responde en un plazo de una semana. Este plazo lo definieron arbitrariamente Baena et al.⁴ al describir los criterios para determinar la evitabilidad de los RNM. Estos autores afirmaban que una semana es un tiempo suficiente para que un paciente reciba un tratamiento. Entienden que si en este tiempo, ante la demanda de una solución algún profesional sanitario, o dicho de una manera general, el sistema de salud, no prescribe o indica el/los medicamentos que necesita, existirá un problema de necesidad.

Es decir, un RNM de necesidad es aquella situación en la que existe un PS para el que el paciente necesita un tratamiento farmacológico que no recibe. En los casos de la falta de adherencia total, en los que el paciente no toma el medicamento prescrito la situación es diferente; el paciente ha recibido atención sanitaria, se le ha prescrito un medicamento y es sólo su comportamiento el que explica la falta de utilización del medicamento. No parece, por tanto, que sea correcto hablar de necesidad sino de ineffectividad por falta de adherencia al tratamiento prescrito. La solución no dependerá de la instauración de una nueva prescripción, sino del abordaje en la modificación del comportamiento del paciente.

Antes de finalizar también parece interesante recordar el concepto de riesgo de aparición de un RNM (rRNM). El concepto de “riesgo” es un concepto epidemiológico relacionado con la probabilidad de aparición de un PS. En el campo de la atención farmacéutica y del desarrollo conceptual de los RNM se utiliza este concepto cuando existe “intuitivamente” una mayor probabilidad de aparición de un PS aunque no existan datos epidemiológicos que lo apoyen. Si una persona utiliza un medicamento gastrolesivo sin protección gástrica, mientras no aparezca dicho PS se puede afirmar que la probabilidad es mayor que en la población general y que por tanto existe un rRNM. Lo mismo ocurre cuando un paciente tiene pautado un antiagregante en prevención secundaria de un accidente cardiovascular (ACV). Si el paciente no lo utiliza correctamente, parece que la probabilidad de aparición de un ACV será mayor que la de aquellos que sí lo utilizan. Por ello cuando no se utiliza correctamente el medicamento preventivo se afirma que existe un rRNM, siempre y cuando no se haya manifestado el PS que se pretende prevenir.

1. Gastelurrutia MA, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Nota Breve. Resultados negativos asociados a la medicación. (Aceptado para publicación). *Ars Pharm* 2016; 57(2)
2. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48 (1): 5-17.
3. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4
4. Baena MI, Marín R, Martínez Olmos J, Fajardo P, Vargas J, Faus MJ. Nuevos criterios de evitabilidad de los problemas relacionados con los medicamentos. Una revisión actualizada a partir de la experiencia con 2558 personas. *Pharm Care Esp* 2002; 4:393-396

■ ORIGINAL

Efecto del servicio de seguimiento farmacoterapéutico sobre la salud de un grupo de pacientes crónicos polimedificados en una farmacia comunitaria

Effects of the pharmacotherapeutic follow-up in a community pharmacy on aged patients with multiple medications

Martínez López LA

Farmacéutico comunitario en Tiriez (Albacete).

ABREVIATURAS:

SFT: Seguimiento Farmacoterapéutico. **ES:** Estados de Situación. **PS:** Problemas de Salud. **RNM:** Resultados Negativos asociados a la Medicación. **IF:** Intervención Farmacéutica.

Parte del presente trabajo ha sido presentado en el IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica celebrado en Toledo en octubre de 2015, habiendo recibido el premio COFCAM a la mejor comunicación científica procedente de colegiados de Castilla - La Mancha.

Fecha de recepción: 19/03/2016 Fecha aceptación: 18/04/2016

Correspondencia: Luis A. Martínez
Correo electrónico: luisantoniomartinez@redfarma.org

Martínez López LA

RESUMEN

Introducción: El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) puede suponer importantes beneficios para la salud de los pacientes mayores polimedcados.

Objetivos: Valorar la influencia de la implantación del SFT en la salud de nuestros pacientes. Evaluar la efectividad de las intervenciones farmacéuticas (IF). Analizar los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) en función del principio activo y problema de salud.

Método: Estudio longitudinal, descriptivo y no aleatorizado en mayores de 65 años polimedcados, siguiendo la metodología del programa ConSIGUE. Los datos, correspondientes a diez pacientes, se recopilaron de estados de situación (ES), cuestionarios de utilización de recursos sanitarios, encuestas de calidad de vida y registros de RNM e IF.

Resultados: Hubo reducción apreciable en número de principios activos, problemas de salud (PS), RNM y visitas a urgencias. Se registró un incremento de la percepción subjetiva de la calidad de vida. En la revisión, se retiró algún medicamento al 80% de los pacientes. Registramos 69 IF, siendo aceptadas 61 (~90%). Detectamos 28 RNM: 20 fueron resueltos (70%) y 2 son todavía objeto de seguimiento. Omeprazol, ácido acetilsalicílico y acenocumarol, estuvieron implicados en el 30% de los RNM. La prevención de gastrolesión, junto con patologías como diabetes y anticoagulación, se asociaron con el 60% de los RNM.

Conclusiones: La inclusión en el SFT ha supuesto importantes beneficios en salud para nuestros pacientes. El uso extensivo de fármacos considerados seguros puede contribuir a la aparición de RNM en pacientes crónicos y polimedcados.

Palabras clave: Farmacia comunitaria; Seguimiento farmacoterapéutico; Resultados negativos asociados a la medicación; Resultados en salud. Personas mayores

ABSTRACT

Introduction: The implementation of a pharmacotherapeutical follow-up program can suppose many health benefits for aged patients with multiple medications.

Objectives: The main objectives are to evaluate the impact of this program on patients' health and the effectiveness of the pharmaceutical interventions. On the other hand, to analyze the negative results associated with the medication according to the active ingredient or the health problem involved.

Methods: It was carried out a longitudinal, descriptive and non randomized study in aged patients with multiple medications, following ConSIGUE methodology. Data, concerning ten patients, were collected from assessment forms, use questionnaires of healthcare resources, quality of life surveys and negative results associated with medication and pharmaceutical interventions records.

Results: There was a reduction in the number of active ingredients, health problems and hospitalization and emergency room visits. In contrast, an increase in the patients' quality of life was found. At least, one medicine (outdated medicines or non active prescriptions) was withdrawn in 80% of the patients during the medication review. We recorded 69 pharmaceutical interventions from which 61 were accepted. 20 out of 28 negative results associated with medication were solved while 2 are still under study.

Martínez López LA

Omeprazole, acetylsalicylic acid and acenocumarol were found to be responsible for 30% of negative results associated with medication. 60% of the negative outcomes recorded were associated to the prevention of ulcers and pathologies such as diabetes and anticoagulation.

Conclusions: The inclusion in a pharmacotherapeutical follow-up program resulted in improved health outcomes of our patients. The extensive use of safe drugs may contribute to negative phamacotherapeutical results in aged patients with multiple medications.

Keywords: Community pharmacy; Pharmacotherapeutical follow-up; Negative results associated to medication; Health outcomes; Aged patients.

INTRODUCCIÓN

La atención farmacéutica, orientada a la consecución de una farmacoterapia eficaz, se ha revelado como una potente herramienta para mejorar la efectividad y la seguridad del uso de los medicamentos¹. En concreto, el seguimiento farmacoterapéutico (SFT), que pretende prevenir, detectar y resolver resultados negativos asociados a la medicación (RNM), es actualmente un servicio protocolizado y consensuado por profesionales y Administración² para el que se dispone de una metodología de trabajo apropiada y normalizada³. Existen numerosas evidencias tanto en el ámbito hospitalario⁴ como en el de la farmacia comunitaria⁵ que reflejan los beneficios de su implantación para la salud de los pacientes.

Uno de los grupos de riesgo más importante en la terapéutica actual son las personas de edad avanzada. En España casi el 20% de la población supera los 65 años de edad, proporción que es mucho más elevada en áreas rurales⁶, y concentra un gran porcentaje del gasto farmacéutico de las Administraciones⁷. Se sabe que la edad, la pluripatología y la polimedicación propia de este segmento demográfico son los factores de riesgo más importantes⁸ para la aparición de RNM que pueden comprometer la efectividad y la seguridad de la terapia. La edad del paciente es también el principal factor asociado con la demanda de asistencia médica, con el consiguiente aumento de la presión asistencial y del coste asociado. Se ha estimado que los RNM son responsables de un porcentaje apreciable de urgencias e ingresos hospitalarios, en muchas ocasiones evitables^{9,10}.

Uno de los proyectos de investigación en atención farmacéutica que implican la participación del farmacéutico comunitario e incorpora como núcleo del trabajo la provisión del servicio SFT a pacientes polimedcados de edad avanzada es el Programa ConSIGUE*. Precedido de dos estudios prepiloto y uno piloto, se ha desarrollado en dos fases diferenciadas. En la primera, ConSIGUE¹¹ Impacto, se evaluó el efecto clínico, económico y humanístico del servicio de SFT. En la segunda, ConSIGUE Implantación, se abordaba la instauración y sostenibilidad del servicio de SFT. Nuestra farmacia comunitaria ha participado en la segunda fase y hemos implantado el SFT en su marco.

Martínez López LA

En este trabajo describimos y analizamos los resultados obtenidos tras el primer año de funcionamiento del servicio centrándonos en evaluar indicadores de calidad de vida y resultados en salud en los pacientes adscritos.

El objetivo principal del estudio fue valorar la influencia que ha tenido la implantación del SFT en la salud de los pacientes de nuestra farmacia comunitaria. Como objetivos secundarios nos planteamos valorar la eficacia de nuestras intervenciones farmacéuticas (IF) durante el seguimiento y analizar la frecuencia de detección de RNM en función del principio activo y PS implicados.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal, con 6 puntos en el tiempo, descriptivo y no aleatorizado llevado a cabo entre mayo de 2014 y abril 2015 en nuestra farmacia comunitaria rural. Fueron criterios de inclusión ser mayor de 65 años, polimedcado (más de 4 medicamentos) y firmar el consentimiento informado. El seguimiento se efectuó según los procedimientos y los registros de recogida de datos del programa¹¹, basados en la metodología Dáder³. Durante la entrevista inicial se revisó la medicación aportada por los pacientes. En cada visita se registró el estado de situación (ES), utilización de recursos sanitarios, cuestionario de calidad de vida EuroQOL EQ-5D-5L¹², RNM e IF. Los RNM se clasificaron en RNM de necesidad / no necesidad, RNM de inseguridad y RNM de ineffectividad.

RESULTADOS

Se incorporaron al servicio 10 pacientes. En la Tabla 1 se recogen los valores medios por paciente, en los ES iniciales y finales del seguimiento, del número de PS, medicamentos usados (principios activos), RNM detectados y su tipo, percepción subjetiva de la calidad de vida y número de visitas a urgencias y/o ingresos hospitalarios tomando como referencia los 6 meses previos a la inclusión en el servicio.

En la revisión de la medicación previa al comienzo del seguimiento se retiró algún medicamento en el 80% de los casos, con una media próxima a dos envases por paciente (19 en total, en su mayoría analgésicos y antigripales).

Tabla 1. Valores medios registrados en ES iniciales vs. ES finales.

Parámetro	Inicio	Fin	Variación %
Problemas de salud	7,5	6,8	-9
Medicamentos	9,5	9	-5
RNM	2,8	0,6	-79
RNM necesidad / no necesidad	0,9	0	-100
RNM ineffectividad	0,7	0,2	-72
RNM inseguridad	1,2	0,4	-67
Percepción calidad de vida	67,5	76,5	14
Visitas a urgencias / ingresos	0,7	0,2	-72

Los medicamentos eliminados correspondieron a tratamientos prescritos finalizados, no activos o caducados (10), fármacos de prescripción utilizados en régimen de automedicación (5) y medicamentos de autocuidado (4). En un caso se retiró un medicamento que no requería prescripción contraindicado para el paciente.

Durante los 12 meses de seguimiento registramos un total de 69 IF de las que 61 fueron aceptadas (~ 90%), 7 no fueron aceptadas por el paciente y 1 por el médico de atención primaria. Como resultado de las IF se resolvieron 20 RNM (70%). 2 RNM son todavía objeto de seguimiento. La revisión de la medicación del paciente no se consideró IF en el programa y no se registró como tal, aunque nosotros la evaluamos y discutimos en el apartado correspondiente.

El análisis de los RNM detectados en función del principio activo implicado (Tabla 2) mostró que tres moléculas, omeprazol, ácido acetilsalicílico y acenocumarol, estaban implicadas en más del 30% de los registros. En concreto, omeprazol fue el responsable de uno de cada seis RNM, el 70% de ellos correspondientes a no necesidad del medicamento, doblando en frecuencia al resto de principios activos.

Tabla 2. Frecuencia de RNM (%) registrados por principio activo

Molécula	RNM(%)
Omeprazol	16
Acido acetilsalicílico	9
Acenocumarol	8
Hidroclorotiazida	6
Enalapril	6

En todos los RNM registrados para omeprazol la indicación del tratamiento era la prevención del riesgo de gastrolesión por anti inflamatorios no esteroideos. Por ese motivo, al tabular el número de RNM encontrados en función del PS tratado, la prevención del riesgo de gastrolesión destaca, con un 20% del total de los registros, sobre PS como diabetes, artrosis, hipertensión o anticoagulación. Estas cinco patologías, en conjunto, se asocian con el 60% de los RNM totales que detectamos (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de RNM (%) registrados por problema de salud

Problema de salud	RNM(%)
Prevención riesgo gastrolesión	21
Artrosis	12
Diabetes	12
Hipertensión arterial	12
Anticoagulación	9

DISCUSIÓN

Una farmacoterapia compleja, la comorbilidad, el consumo de un número elevado de medicamentos durante tiempo prolongado, junto con otros factores propios de la edad, hacen de las personas mayores un grupo de población con un riesgo elevado de sufrir RNM⁸. La proporción de este segmento demográfico en las áreas de influencia de las farmacias comunitarias rurales¹³ se acerca al 50%. El impacto que la adopción del servicio de SFT como procedimiento normalizado puede tener sobre los pacientes de la farmacia comunitaria en este entorno parece evidente. Hemos apostado por priorizar esta línea de trabajo, implantando y desarrollando el servicio con el propósito de maximizar los beneficios y limitar los riesgos de la farmacoterapia de nuestros pacientes.

Con la finalidad del trabajo en mente, y si bien no es posible realizar comparaciones, hemos observado que las tendencias en nuestros datos siguen la línea de los descritos en el ámbito de la farmacia comunitaria y se alinean con los recogidos globalmente en ConSIGUE impacto¹¹. La notable disminución de RNM observada es consistente con la afirmación de que la inclusión de un paciente en el servicio de SFT nos permite detectarlos y resolverlos en un porcentaje elevado. El predominio de los RNM de inseguridad sobre el resto se podría relacionar con el incremento de la probabilidad de aparición de interacciones y reacciones adversas asociado al aumento del número de medicamentos que se consumen.

Nuestras IF fueron mayoritariamente aceptadas. Cuando fue posible, el canal utilizado para realizarlas fue farmacéutico - paciente. Independientemente de ello, siempre se discutieron con el médico de atención primaria por vía telefónica y en reuniones concertadas a tal efecto. La comunicación y la relación fluida con otros profesionales sanitarios repercuten positivamente en el SFT. En nuestro caso, hemos encontrado que, además, elimina limitaciones de acceso al historial farmacoterapéutico, datos analíticos y pruebas diagnósticas del paciente que interese conocer.

La revisión de la medicación realizada al inicio del seguimiento se centra más en el proceso de uso y conocimiento de los medicamentos que en el control de los PS propiamente dicho. En nuestro caso realizamos una revisión tipo 3 o revisión clínica¹⁴ que, al igual que cualquier IF, tiene un enfoque multidisciplinar. Su importancia para el proceso de STF radica en que a) permite detectar carencias en el conocimiento y errores o dificultades en la administración de los medicamentos y b) permite evaluar el consumo medicamentos en régimen de automedicación y de medicamentos de autocuidado, habitualmente tenidos como seguros y exentos de interacciones. El desconocimiento de los medicamentos y la automedicación son fuentes importantes de RNM en personas de edad avanzada¹⁵ que la revisión puede ayudar a minimizar.

El análisis de los RNM en función del principio activo implicado puede servir para detectar la exposición a fármacos cuyo riesgo de producir RNM es más elevado, posibilitándonos intervenir al respecto.

Martínez López LA

Con este fin, nos hemos apoyado en listados de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos¹⁶ y en los criterios de detección de fármacos potencialmente inapropiados en mayores (criterios STOPP¹⁷). En consonancia con estos trabajos, los resultados de aparición de RNM por principio activo apuntan a ácido acetilsalicílico, acenocumarol y diuréticos.

Sin embargo, observamos que omeprazol estaba implicado en uno de cada seis RNM, más del doble que moléculas consideradas como de alto riesgo. Además, la prevención del riesgo de gastrolesión encabezaba la tabla de RNM por PS, porque en todos los casos la prescripción se debía a esa indicación. Omeprazol, un inhibidor de la bomba de protones, es uno de los fármacos más prescritos en España. Se utiliza en el tratamiento de afecciones gástricas menores y se prescribe rutinariamente como profilaxis en tratamientos con fármacos potencialmente gastrolesivos¹⁸. Tiene un perfil de seguridad alto y es por lo general bien tolerado¹⁹ aunque se han descrito interacciones con clopidogrel, acenocumarol, digoxina y diazepam entre otros, fármacos que a menudo se encuentran entre los prescritos a nuestro grupo de población diana. Claramente, omeprazol está implicado en una proporción elevada de los RNM detectados por lo extensivo de su utilización, ya que no se trata de un principio activo de riesgo. Sin embargo, esto podría ser relevante para el SFT, especialmente en el caso de pacientes mayores polimedcados.

CONCLUSIONES

La inclusión en el servicio SFT de nuestra farmacia comunitaria ha supuesto beneficios en salud para los pacientes adscritos, mejorando el control de sus patologías y la seguridad y la efectividad de su farmacoterapia.

Las IF realizadas resolvieron los RNM detectados en una proporción elevada y permitieron obtener información relevante para el SFT previamente su inicio. La consideración de que el uso masivo de principios activos catalogados como seguros, como es omeprazol, puede originar la aparición de RNM en pacientes de edad avanzada crónicos y polimedcados parece apropiada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Faus MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharm.* 2000; 41(1): 137-143.
- 2.- Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm.* 2007; 48 (1): 5-17.
- 3.- Sabater D, Silva MM, Faus MJ. Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada 2007. I.S.B.N.: 978-84-608-0604-2
- 4.- Silva-Castro MM, Tuneui LV, Faus MJ. Revisión sistemática sobre la implantación y la evaluación del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalizados. *Farm Hosp.* 2010; 34(3): 106-24.
- 5.- Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Faus MJ. A Holistic, integrated approach to the challenge of implementing cognitive pharmaceutical services in community pharmacy. *Ars Pharm.* 2010; 51(2): 69-87.
- 6.- Población residente por fecha sexo y edad, Instituto Nacional de Estadística. Datos de julio de 2015. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- 7.- Blanco A, Urbanos R, Thuissard IJ. Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público. *Gac Sanit.* 2013; 27(3): 220-5.
- 8.- Martín E, Molina MC, Espinosa E, Yela, G. La farmacoterapia en el paciente anciano. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla La Mancha.* Vol. IX (3). SESCAM, Área de Farmacia. 2008.
- 9.- García V, Marquina I, Olabarri A, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farm Hosp.* 2008; 32(3): 157-63.
- 10.- Pérez C, Bermejo T, Delgado E, Carretero E. Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario. *Farm Hosp.* 2011; 35(5): 236-43.
- 11.- Programa ConSIGUE informe 2011-2014. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedcados en la farmacia comunitaria española. Febrero 2014. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN: 978-84-87276-83-5
- 12.- Herdman M, Badia X, Berra S. El Euroqol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 (6): 425-9.
- 13.- Las personas mayores en España. Informe 2012. Colección Serie Documentos Estadísticos nº 22027. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – IMSERSO; 2014. ISBN: 978-84-8446-139-5.
- 14.- Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. Guía para el diseño e implementación de un programa de revisión de medicación. SEFAP. Series divulgativas. 2008. Documento nº 13.
- 15.- Amariles P, Araujo JM, García JP, Azpilicueta, I. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico y Educación Sanitaria en el paciente de edad avanzada. Martínez F, Faus MJ. editores. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, España. 2007. ISBN 84-608-0603-5.

Martínez López LA

- 16.- Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- 17.- Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher P, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44(5): 273-279.
- 18.- Utilización de medicamentos antiulcerosos en España durante el periodo 2000 – 2012. Informe de utilización de Medicamentos U/AUL/V1/15012014. 2014; Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – AEMPS.
- 19.- Martindale: The Complete Drug Reference. 36th Edition. Pharmaceutical Press (2009).

■ ORIGINAL

IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

IMPACT OF PHARMACEUTICAL CARE IN CLINICAL OUTCOMES AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS.

Maidana GM¹, Mastroianni PC², Vera Z³, Samaniego L⁴, Acosta P⁵, Lugo GB⁶.

¹ Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Docente Facultad de Ciencias Químicas. U.N.A. –Paraguay.

² Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Departamento de Fármacos e Medicamentos, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, UNESP, Araraquara, SP, Brasil.

³ Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Docente Facultad de Ciencias Químicas. U.N.A. – Paraguay.

⁴ Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Docente Facultad de Ciencias Químicas. U.N.A. – Paraguay.

⁵ Química Farmacéutica. Jefe de Trabajos Prácticos de Facultad de Ciencias Químicas. U.N.A. – Paraguay.

⁶ Doctora en Ciencias Farmacéuticas. Docente Facultad de Ciencias Químicas. U.N.A. –Paraguay.

ABREVIATURAS

AF: Atención Farmacéutica. CSN° 9: Centro de Salud N° 9.

CVRS: Calidad de vida relacionada a la salud.

DM2: Diabetes Mellitus Tipo 2. PND: Programa Nacional de Diabetes

Fecha de recepción 03/05/2016 Fecha de aceptación 07/06/2016

Correspondencia: Gladys M Maidana

Correo electrónico: glamaida73@gmail.com

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida relacionada a la salud, agrupa elementos propios del individuo y otros externos al mismo, pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Abarca áreas de función física, somática, estado psicológico y relación social.

Objetivo: Evaluar los parámetros clínicos y la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que forman parte de un programa de Atención Farmacéutica

Metodología: Ensayo Clínico Aleatorizado, con medición de variables antes y después. No probabilístico. De conveniencia. Participaron 32 pacientes del grupo intervenido y 32 en grupo control. Se realizaron entrevistas mensuales durante 6 meses (desde octubre 2011 hasta junio 2012).

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue $55,6 \pm 10,6$ años. En su mayoría mujeres. La evolución de la enfermedad fue $8,96 \pm 8,13$ años. La patología asociada más frecuente fue en 82% hipertensión arterial.

Los pacientes intervenidos mejoraron la glicemia en 35% donde 24 pacientes tenían el valor (≤ 130 mg/dL); la hemoglobina glicosilada mejoró 22% donde 15 pacientes lograron los parámetros deseados ($\leq 6,5\%$). La calidad de vida del grupo intervenido aumento de (56,3 a 71,3 %), mejorando en todas las dimensiones y registrando una disminución en dolor corporal del grupo intervenido, en cambio en el grupo control disminuyó de (57,4 a 46,1 %), registrándose un aumento en la dimensión de dolor corporal.

Conclusión: Los parámetros clínicos y la Calidad de vida del paciente diabético se ve influenciada positivamente por la intervención del farmacéutico en Atención Farmacéutica.

Palabras Claves: Calidad de Vida, Atención Farmacéutica, Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between quality of life and health combines elements intrinsic of the individual as well as external ones that interact with him. They possess the ability of changing the state of health. It includes such areas as physical, somatic, psychological and social.

Objective: To evaluate the clinical parameters and quality of life of patients with Type 2 Diabetes Mellitus, within a program of Pharmaceutical Care.

Methodology: Randomized Clinical Trial with measurement of variables before and after the evaluation. Non probabilistic. Convenience. 32 patients participated in the intervention group; 32 in the control group. Monthly interviews were conducted for 6 months, from October 2011 to June 2012.

Results: The average age of the patients was $55,6 \pm 10,6$ years. They were mostly women. The evolution of the condition was $8,96 \pm 8,13$ years. The most frequent associated pathology was high blood pressure in 82% of them. The glycemia levels of the patients improved 35%, where 24 of the patients showed an index ≤ 130 mg/dL; glycosylated hemoglobin level improved 22%, where 15 patients achieved desired parameters ($\leq 6,5\%$). The quality of life of the intervened group improved from 56.3 % to 71.3% in all dimensions showing a decrease in body pain for the intervened group. Body pain levels for the control group decreased from 57.4 to

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

46.1 % showing an increase in the body pain dimension.

Conclusion: Clinical parameters and quality of life of diabetic patients is positively influenced by the intervention of the pharmacist in pharmaceutical care.

Key words: Quality of life, Pharmaceutical Assistance, Type II Diabetes Mellitus.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es una patología metabólica crónica. Acompañada por complicaciones tardías derivadas del daño progresivo en riñón, retina, vasos, corazón y sistema nervioso¹. La prevalencia de la (DM2) está aumentando, de manera continua y en proporciones epidémicas².

La investigación realizada por el Programa Nacional de Diabetes (PND), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en Paraguay³, en el año 2011 establece que el 9,7% de la población 700.000 personas padecen de diabetes, 1.125.000 se encuentran en la etapa Pre-diabética.

Los pacientes diagnosticados tienen un control inadecuado de sus niveles de glicemia debido al elevado incumplimiento terapéutico y de medidas higiénico-dietéticas⁴. Solo el 30-40% consigue el control metabólico⁴

La Atención Farmacéutica (AF), definida como la “provisión responsable de terapias farmacológicas, con el fin de alcanzar resultados determinados que mejoren la calidad de vida del paciente”⁵ detectando, previniendo y resolviendo problemas relacionados con los medicamentos.

En este proceso el farmacéutico acepta la responsabilidad de optimizar todo lo relacionado con la farmacoterapia, para alcanzar los mejores resultados para el paciente e incrementar su calidad de vida⁶. Esto ocurre en cooperación con el paciente y la coordinación con otros profesionales de salud”⁶.

Un buen control en los primeros años es clave para reducir significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas de la enfermedad⁷.

El farmacéutico⁸ cuenta con la cercanía, accesibilidad, confianza, de los pacientes y la formación profesional que permitirá valorar en forma objetiva las intervenciones farmacéuticas realizadas en un programa de este tipo.

El concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), agrupa elementos propios del individuo y otros externos al mismo, pero que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Es un concepto que refleja las conductas físicas, emocionales y sociales, y está relacionado con el estado de salud previo y actual.⁹ Abarca áreas de función física, somática, estado psicológico y relación social. La medida CVRS es central para describir el impacto de enfermedades tratamientos u otras acciones⁹.

Hasta el momento, en Paraguay no existen estudios publicados que demuestren el impacto de un programa de AF sobre la calidad de vida de los pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos en otros países y en

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

virtud al problema que representa en la población paraguaya, se propuso desarrollar un programa de AF a pacientes diabéticos bajo tratamiento farmacológico, en el Programa Nacional de Diabetes (PND) Centro de Salud N° 9 (CSN°9). Dicho lugar es un punto de referencia y a la fecha del estudio contaba con 7400 fichas de pacientes diabéticos diagnosticados de los cuales consultaron 4162 pacientes en el año 2010. Ubicado en el Departamento Central con un promedio de 340 consultas mensuales y semanal de 81 ± 20 pacientes con DM2 agendados previamente.

La aplicación del programa permitió valorar el efecto de este modelo de práctica profesional en Paraguay, proporcionando un valioso aporte técnico y científico en pacientes diabéticos.

El objetivo fue: Evaluar los parámetros clínicos y la calidad de vida de pacientes con DM2 que forman parte de un programa de Atención Farmacéutica para ello se analizaron al inicio y final del estudio los parámetros clínicos de glicemia y hemoglobina glicosilada, presión arterial, índice de masa corporal y la calidad de vida de los pacientes detallada por dimensiones.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue Ensayo Clínico Aleatorizado de intervención, prospectivo, controlado con medición de variables antes y después de un periodo de seis meses.

Muestreo No probabilístico. De conveniencia. Fueron incluidos 64 pacientes, distribuidos al medio de manera aleatorizada en 32 grupo intervención y 32 grupo control, para mantener el anonimato, a cada uno de ellos se le asignó un código, que fue la única identificación con la que se registraron los resultados.

La decisión de establecer en 64 pacientes, como el número adecuado a ser incluidos, se fundamenta en que algunos autores, con base a la experiencia y sugerencia de farmacéuticos que han participado en trabajos de investigación comunitarios, establecen entre 10 a 20 el número razonable de pacientes por farmacéutico¹⁰ y estimando que pudieran haber retiros de pacientes o dificultad de continuar con el seguimiento por seis meses, el periodo de estudio fue octubre 2011 a junio 2012.

Se incluyeron: Pacientes mayores de 20 años, con diagnóstico de DM2, cuya glicemia sea ≥ 130 mg/dl en ayunas y la hemoglobina glicosilada $\geq 6,4\%$, registrados en un informe de análisis en sangre, que tenían interés en participar del programa firmando el consentimiento informado.

Los pacientes del grupo intervenido tuvieron una entrevista mensual con la Farmacéutica encargada del programa de AF durante seis meses y se registraron periódicamente los avances y recomendaciones entregadas a cada paciente, en tanto que los pacientes del grupo control recibieron el servicio farmacéutico tradicional, caracterizado por la dispensación y provisión de información a requerimiento del paciente, sin un seguimiento establecido, se les realizaron las mediciones de (glicemia, hemoglobina glicosilada) y calidad de vida al inicio y final, del periodo de estudio.

Para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes se utilizó el cuestionario SF-36¹¹. El mismo se mide en % y caracteriza el estado multidimensional de salud de un paciente¹².

Este cuestionario consiste en una escala genérica para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (cómo se siente el paciente frente a la enfermedad y cómo percibe las limitaciones que ella le provoca).

Está compuesto por 36 ítems, y detecta estados de salud tanto positivos como negativos. Su contenido está centrado en el estado funcional y el bienestar emocional, y cubre ocho dimensiones que abarcan los conceptos de salud utilizados más frecuentemente en la evaluación de la salud (función física, rol físico, función social, rol emocional, salud mental y salud general), y otros conceptos adicionales (dolor corporal y vitalidad). Además, existe un ítem que valora la “transición de salud”, donde, compara la percepción de salud actual con la que se tenía hace un año (Tabla 1)

Las intervenciones farmacéuticas fueron realizadas por una sola farmacéutica de modo garantizar el rigor y la homogeneidad, para todos los pacientes.

Se utilizó el paquete estadístico, Statistical Product and Service (SPSS) versión 15.0 y la planilla electrónica Microsoft Excel.

Tabla 1. Contenidos de las diferentes dimensiones de la escala SF-36^{1,4}

Significado de las puntuaciones de 0-100			
Dimensión	Nº ítems	«Peor» (puntuación = 0)	«Mejor» (puntuación = 100)
Función física(PF)	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluyendo las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico(RP)	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal(BP)	2	Dolor muy grave y extremadamente Limitante	Ningún dolor ni limitaciones debido al dolor
Salud general(GH)	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como Excelente
Vitalidad(VT)	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social(SF)	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas
Rol emocional(RE)	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental(MH)	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

Para establecer la normalidad de los datos obtenidos se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk con la que se determinó si los mismos tenían distribución normal o no.

Se evaluaron los resultados de la intervención mediante la comparación de las variables principales al inicio y al final del estudio en cada grupo mediante el test de la t de Student de datos pareados, la prueba de Wilcoxon, Chi-cuadrado y Mc Nemar.

Cuando se compararon ambos grupos se utilizó el test de la t de Student de datos independientes, y la prueba de Mann Whitney. Los resultados se presentaron como media \pm DE y porcentaje, ordenados en tablas o gráficos. El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

El Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Asunción, evaluó la propuesta del trabajo y consideró que no se detectaron incompatibilidades éticas PI-07/12.

RESULTADOS

Los 64 pacientes inscriptos para participar del estudio fueron asignados de manera aleatoria a uno de los grupos (intervención y de control); el tamaño de cada grupo fue de 32 unidades de análisis.

En el grupo intervenido se registró un abandono del 6%, quedando 30 pacientes y en el grupo control abandono un paciente, quedando finalmente 31 pacientes.

Tanto en el grupo intervenido como en el de control la participación de pacientes del sexo femenino fue aproximadamente del 72% y 28% del sexo masculino y el promedio de edades $55,6 \pm 10,6$ años, la evolución de la enfermedad fue $8,96 \pm 8,13$ años. (Tabla 2)

En cuanto al nivel educativo se trata de una población en donde la mayor parte concluyó su educación secundaria/terciaria. Más de la mitad de la población refirió vivir con alguien en pareja y tener una ocupación laboral. (Tabla 2)

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

Tabla 2. Características sociodemográficas basales grupos Intervenido y Control de pacientes del Programa Nacional de Diabetes Centro de Salud N°9, año 2011 a 2012.

Variables	Total (n = 61)	Intervención (n = 30)	Control (n = 31)	P
Edad al inicio del estudio ^a	55,6±10,6	56,7±9,8	54,2±11,6	0,416 ^a
Edad de diagnóstico ^a	41,7±16,3	46,6±12,1	35,7±18,8	0,060 ^c
Años de Evolución de la DM2 ^a	8,96±8,13	8,93±7,5	8,97±8,8	0,723 ^c
Género	n (%)	n (%)	n (%)	
Hombres	17(27,8)	10(33,3)	7(22,6)	0,349 ^e
Mujeres	44(72,2)	20(66,7)	24(77,4)	
Nivel Educativo				
Primaria	27(44,3)	11(36,7)	16(51,6)	0,240 ^e
Secundaria y terciaria	34(55,7)	19(63,3)	15(48,4)	
Estado Civil				
Con pareja	38(62,3)	21(70,0)	17(54,8)	0,222 ^e
Sin pareja	23(37,7)	9 (30,0)	14 (45,2)	
Ocupación				
Empleado	20(32,8)	13(43,3)	7(22,6)	0,181 ^e
Actividades Domesticas	17(27,9)	6 (20,0)	11(35,5)	
No responde	24(39,3)	11(36,7)	13(41,9)	

* Los datos son expresados como media ± DE. El valor de p se estimó con base en: a. Prueba t Student muestras independientes. c. Prueba de Mann Whitney. e. Prueba Chi-cuadrado.

Analizando los problemas de salud de los pacientes, se pudo observar que la hipertensión arterial y los problemas de visión fueron los más frecuentes (82% y 52,4%, respectivamente). En cuanto al Pie diabético, la piel seca fue la de mayor frecuencia. Con menor frecuencia se encontraron otras enfermedades como depresión, alergias, y otros. Hay que señalar que en algunos casos, estas patologías se presentan conjuntamente en los pacientes. (Tabla 3).

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

Tabla 3. Problemas de salud basales grupos Intervenido y Control de pacientes del Programa Nacional de Diabetes Centro de Salud N°9, año 2011 a 2012.

Variables	Total (n = 61) n (%)	Intervención (n = 30) n (%)	Control (n = 31) n (%)	p
Problemas de Salud				
Hipertensión arterial	50(82,0)	23(76,7)	27(87,1)	0,289 ^e
Visión	32(52,4)	15(50,0)	17(54,8)	0,705 ^e
Depresión	23(37,7)	13(43,1)	10(32,3)	0,372 ^e
Alergias	14(23,0)	9(30,0)	5(16,1)	0,198 ^e
Otras enfermedades	31(50,8)	16(53,3)	15(48,4)	0,699 ^e
Pie diabético				
Piel seca	23(37,7)	10(33,3)	13(43,3)	0,426 ^e
Callos	9(14,8)	4(13,3)	5(16,1)	1,000 ^g
Fisura	4(6,6)	2(6,7)	2(6,5)	1,000 ^g
Infección	1(1,6)	0(0,0)	1(3,1)	1,000 ^g

El valor de p se estimó con base en: e Prueba Chi-cuadrado.
g. Estadístico de Fisher.

Al comparar los valores de los parámetros clínicos de la glicemia y la hemoglobina glicosilada, al inicio y al final del estudio, en los pacientes sujetos de intervención, se observó una disminución significativa. Sin embargo en el grupo control se registró un aumento en ambos valores. (Tabla 4). En el análisis de comparación de los valores de estos parámetros, en ambos grupos, al inicio del estudio, la diferencia no fue significativa, en cambio al finalizar, la diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 4).

Tabla 4. Parámetros Clínicos Glicemia y Hemoglobina Glicosilada grupos intervenido y control de pacientes del Programa Nacional de Diabetes Centro de Salud N°9, año 2011 a 2012.

	Intervenido (media ± DE)		p	Control (media ± DE)		p	C e l	C e l
	T inicial	T final		T inicial	T final		(inicio)	(final)
Glicemia (mg/dl)	189,7 ± 67,2	124,0 ± 48,4	0,000 ^d	202,8 ± 75,1	211,9 ± 78,8	0,463 ^b	0,712 ^c	0,000 ^c
HbA1C (%)	8,5 ± 1,7	6,6 ± 1,3	0,000 ^d	8,6 ± 2,0	8,8 ± 2,2	0,332 ^b	0,772 ^c	0,000 ^c

El valor de p se estimó con base en: b. Prueba t Student de datos pareados.
c. Prueba de Mann Whitney. d. Prueba de Wilcoxon.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

El valor promedio de glicemia descendió en un 35% en el grupo intervenido así como la hemoglobina glicosilada disminuyó 1,9; mientras que en el grupo control los valores promedios de ambos parámetros experimentaron aumento.

Al inicio del estudio ningún paciente del grupo intervenido estaba con valor de hemoglobina glicosilada $\leq 6,5\%$, al término del estudio 15 pacientes lograron disminuir a dicho valor, y 9 pacientes registraron dichos valores entre (6,6% – 7,5%) parámetro aceptable dentro del control

Tabla 5. Parámetros Clínicos del Grupo Intervenido de pacientes del Programa Nacional de Diabetes Centro de Salud N°9, año 2011 a 2012.

	Inicial (n=30) (media \pm DE)	Min – Max Inicial	Final (n=30) (media \pm DE)	Min – Max Final	↓(%)	p
Glicemia (mg/dl)	189,7 \pm 67,2	127 - 400	124,0 \pm 48,4	68 - 267	35 %	0,000^a
Buena (≤ 130)	5		24			
Aceptable (131-170)	11		2			
Mala (≥ 171)	14		4			
HbA1C (%)	8,5 \pm 1,7	6,7 - 15,9	6,6 \pm 1,3	4,2 - 9,8	22%	0,000^a
Buena ($\leq 6,5$)	0		15			
Aceptable (6,6 – 7,5)	12		9			
Mala ($\geq 7,6$)	18		6			
PA Sistólica (mmHg)	140,7 \pm 23,1	110 - 220	125,6 \pm 8,5	110 - 150	11 %	0,000^a
PA Diastólica (mmHg)	86,4 \pm 11,3	70 - 120	81,5 \pm 6,3	60 - 90	5,7 %	0,004^a
Buena ($\leq 120/80$)	6		18			
Aceptable (130/85 – 139/89)	9		7			
Mala ($\geq 140/90$)	15		5			
IMC (Kg/m²)	30,9 \pm 4,3	23 - 41	29,5 \pm 4,1	23 - 40	4,7 %	0,000^a
Buena (≤ 25)	10		15			
Aceptable (≤ 29)	3		3			
Mala (≥ 30)	17		12			

El valor de p se estimó con base en: a. Prueba t Student de datos pareados
d. Prueba de Wilcoxon

En cuanto a la calidad de vida del grupo intervenido se observó un aumento significativo en la misma, comparando los valores al inicio respecto al final. (Tabla 6). Al comparar entre grupos, se observó diferencia significativa al final.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

Al realizar el análisis de la calidad de vida del grupo control, se observó una disminución significativa. De la misma forma al comparar los valores de las nueve dimensiones de esta variable, al inicio respecto al final se observó este mismo comportamiento, excepto el dolor corporal que aumento. Cabe destacar que en el grupo intervenido, los valores de las nueve dimensiones de calidad de vida, iniciales respecto al final, mejoraron significativamente; en cuanto al dolor corporal los pacientes del grupo intervenido expresaron que disminuyó. (Tabla 6).

Tabla 6. Calidad de vida por Dimensiones SF-36 Grupos Control e Intervenido de pacientes del Programa Nacional de Diabetes Centro de Salud N°9, año 2011 a 2012.

	Control (media ± DE)			Intervenido (media ± DE)		
	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p
Calidad de Vida	57,4±16,1	46,1±16,9	0,000 ^o	56,3±16,7	71,3±11,6	0,000 ^o
Dimensión	Inicial	Final	p	Inicial	Final	p
Función Física	68,1 ± 29,0	54,2 ± 29,0	0,003 ^o	68,8 ± 25,5	83,3 ± 18,7	0,002 ^o
Rol Físico	60,5 ± 42,2	34,7 ± 41,7	0,004 ^o	57,5 ± 43,1	86,7 ± 29,9	0,004 ^o
Dolor Corporal	40,3 ± 31,8	58,1 ± 22,7	0,003 ^o	40,0 ± 21,3	23,3 ± 20,1	0,002 ^o
Salud General	54,7 ± 17,7	44,5 ± 12,5	0,002 ^o	58,2 ± 16,7	66,7 ± 15,6	0,003 ^o
Vitalidad	65,9 ± 17,3	48,4 ± 16,0	0,016 ^o	55,3 ± 20,2	70,7 ± 16,7	0,000 ^o
Función Social	57,5 ± 24,7	44,9 ± 25,4	0,005 ^o	64,1 ± 24,3	77,4 ± 20,0	0,010 ^o
Rol Emocional	59,2 ± 45,3	34,4 ± 45,9	0,038 ^o	50,0 ± 46,1	85,6 ± 32,3	0,004 ^o
Salud Mental	62,1 ± 20,5	49,9 ± 18,9	0,003 ^o	58,8 ± 23,5	76,0 ± 15,4	0,000 ^o
Transición de Salud	54,0 ± 25,1	44,4 ± 27,3	0,102 ^o	59,4 ± 25,2	80,8 ± 19,3	0,005 ^o

El valor de p se estimó con base en: *b*, Prueba t Student de datos pareados.
d, Prueba de Wilcoxon.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

DISCUSIÓN

La comparación de la distribución de los pacientes por grupos de asignación (intervenido y control), tanto por sus características sociodemográficas, clínicas (Glicemia, Hemoglobina glicosilada) y calidad de vida, no mostró diferencias estadísticamente significativas en el momento del inicio del estudio. La asignación aleatoria generó un balance adecuado de la distribución de los pacientes y asegura la ausencia de diferencias entre los dos grupos (intervenido y control) en las variables de interés del estudio y especialmente en los valores basales del estudio.

Los 61 pacientes que concluyeron el estudio correspondieron a una población de adultos diabéticos, con predominio del sexo femenino coincide con estudios anteriores que nos lleva a suponer que las mujeres toman mayor conciencia sobre el cuidado de la salud¹³ y donde la prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad¹⁴

En pacientes adultos a medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad aumenta también la aparición de complicaciones, lo que lleva a un progresivo deterioro de la calidad de vida de los pacientes, los resultados coinciden con otros estudios^{15,16}.

El tiempo de evolución de la DM2, en el total de los pacientes fue $8,96 \pm 8,13$ años con $p=0,723$, existiendo pacientes con solo meses de diagnóstico y otros con 37 años, lo que coincide con un estudio que establece que existe una directa relación entre el tiempo de diagnóstico de la diabetes y la aparición de complicaciones crónicas como la retinopatía diabética^{2,7}.

En relación al estado civil, del total de los pacientes se determinó que un 62% estaban casados o con pareja estable, esto debe ser considerado, porque el apoyo familiar es indispensable para que el paciente afronte los desafíos diarios de su enfermedad y para mejorar su control glucémico, como lo demuestran otros estudios^{17,18}.

Las patologías concomitantes de mayor frecuencia encontradas al inicio del estudio fueron la Hipertensión Arterial en 50 pacientes (82%), Enfermedades de la Visión en 32 (52,4%) y Depresión en 23 (37,7%); coincide con lo mencionado en otros estudios, donde la hipertensión es común en pacientes con DM2, con una prevalencia del 40-60%, en el rango de edad de entre 45 y 75 y ambas producen un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y renales¹⁹.

Las consecuencias más frecuentes son la neuropatía de los pies que combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies que puede llevar a la amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo²⁰.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

En el área física, la presencia de ciertos síntomas como calambres, entumecimiento de los pies, dolor, náuseas, pérdida de peso y piezas dentales, diarreas, entre otros, indica que el deterioro físico mantiene un avance continuo y progresivo que se manifiesta en la disminución de la capacidad funcional para realizar actividades laborales, familiares o la adaptación a las demandas impuestas en el entorno inmediato, influyen en la calidad de vida del paciente diabético¹⁶.

En nuestro estudio (20/30) pacientes del grupo intervenido tenían sobrepeso lo que denota un mal manejo del plan alimentario y actividad física, lo que coincide con la literatura revisada²¹, esto incide en la salud individual en el relacionamiento con su entorno por lo tanto también influye en la calidad de vida del paciente, siendo también factor de riesgo para otras patologías crónicas concomitantes. La diabetes tipo 2 acompañada de sobrepeso, representa un desafío para lograr la comprensión y la motivación de lograr estilos de vida saludables que se fueron instalando quizás por muchos años, corrigiendo los hábitos inadecuados contribuyen al mejor control metabólico, y la disminución de las complicaciones a corto y largo plazo y una mejor calidad de vida²¹.

En cuanto a la presión arterial al inicio del estudio 15 (50%) de los pacientes tenían presión arterial $\geq 140/90$ luego del periodo de intervención, 25 (83%) de los pacientes mantuvieron los valores de presión arterial inferior a 139/89.

El UKPDS mostró, que la reducción de la presión arterial a una media de 144/82 mmHg disminuía el riesgo de eventos cerebrovasculares, muertes relacionadas con la diabetes, la insuficiencia cardiaca, las complicaciones microvasculares y la pérdida de la visión¹⁹.

Los resultados de este estudio muestran que la HTA fue la enfermedad crónica no transmisible predominante en los pacientes al inicio tanto en el grupo control e intervenido, lo que concuerda con lo planteado en otros estudios²², esto predispone la aparición de la aterosclerosis y por tanto en el desarrollo de enfermedades vasculares, que es una de las primeras causas de muerte en nuestro país, lo que unido a una atención fragmentada y discontinua del paciente afecta su calidad de vida.

Al inicio del estudio los pacientes del grupo intervenido (15/30) tenían un control malo de la presión arterial y (9/30) tenían un rango aceptable de presión arterial. Estos resultados concuerdan con otros estudios que señalan que los pacientes con HTA tienen una pobre calidad de vida en comparación a la población en general o con pacientes que no tienen condiciones crónicas^{23, 24}.

Diversos estudios demuestran que la calidad de vida se ve afectada por diversos factores como la edad, las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, las condiciones de la vivencia, la situación económica y las expectativas^{25, 26}.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

El estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso de las enfermedades crónicas como la diabetes, el simple conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, también puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud.

La depresión es también una causa destacada, y además se ha observado la coexistencia de condiciones crónicas y la depresión²⁷

Nuestro estudio coincide con el realizado en México por Salazar – Estrada y colaboradores que muestran una pobre percepción de calidad de vida, más acentuada en personas con diabetes mellitus tipo 2, esta además demostrado al igual que en la investigación que estos pacientes tienen una peor percepción en su calidad de vida, sobre todo en los conceptos de salud “función física”, “salud general”, “función social” y “rol emocional”²⁸

Esta percepción está relacionada principalmente con la presencia de síntomas que pueden derivar de la enfermedad (decaimiento por la glicemia elevada, incremento anormal de la presión arterial) o de efectos nocivos del tratamiento. Sin embargo, a los seis meses y a medida que el seguimiento farmacoterapéutico fue aplicado al grupo de intervenido, se evidenció un cambio positivo en la calidad de vida de los pacientes, pues mientras que en el grupo control se obtiene una media final de $46,1 \pm 16,9$, indicando una disminución en su CVRS, en el grupo intervenido la media final fue de $71,3 \pm 11,6$, lo que señala un aumento en la CVRS. Estos cambios están relacionados con la prevención o disminución de los síntomas, la solución PRM reales o potenciales, el aumento de actividad física, la mejora en el cumplimiento de la terapia farmacológica y no farmacológica, así como con la motivación de mejora en la salud del paciente.

Sin embargo diferimos en nuestros resultados con un estudio realizado por Vicente Sánchez y colaboradores¹⁵ en Cienfuegos, donde los pacientes diabéticos del estudio solo tenían deterioro franco en la esfera psíquica a causa del estado de ánimo vegetativo.

En la diabetes, que es, con seguridad, la enfermedad crónica que más necesita de la educación del paciente, la intervención educativa del farmacéutico, tanto a nivel individual como a nivel grupal, estructurada, mejora la situación clínica del paciente diabético^{6,19,21,22,29}, su satisfacción y su calidad de vida²⁷.

Teniendo en cuenta los resultados en nuestro trabajo inferimos que se hace necesario en la Atención Primaria de Salud insistir en programar actividades preventivas, de promoción a la salud, y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

La intervención del farmacéutico mediante la Atención Farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico, además de permitir colaborar en el control y mantenimiento de los niveles de glicemia, contribuye a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Agradecimientos. A los pacientes que con entusiasmo colaboraron dando su valioso tiempo.

CONCLUSIÓN

Maidana GM, Mastroianni PC, Vera Z, Samaniego L, Acosta P, Lugo GB.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barceló A, Aedo C, Raipathk S, Roble S. El costo de la diabetes en América Latina y el Caribe. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2003; 81:19-27
2. Organización Mundial de la Salud. Nota Descriptiva OMS N° 312, Septiembre 2012 datos de la situación mundial de la Diabetes. Consultado en línea 17/2/2016. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html
3. Ministerio de Salud pública y Bienestar Social. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Trasmisibles. OPSOMS. AECID. DGEEC. Paraguay 2011
4. Goday A, Franch J, coordinadores Proyecto COMBO. Criterios y pautas de la terapia combinada en la diabetes tipo 2. Documento de consenso. Aten Primaria. 2001; 27:197-206 y 351-63
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am. J. Hosp. Pharm. 1990; 47: 533-54.
6. Maidana GM, Lugo GB, Vera Z, Pérez S., Mastroianni PC. Evaluación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Pharm Care Esp. 2016; 18(1): 3-15.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía práctica para el tratamiento de la diabetes mellitus. Programa Nacional de Diabetes. Manejo de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. 50 p.
8. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Faus MJ. A Holistic and Integrated approach to the challenges of implementing Cognitive Pharmaceutical Services in Community Pharmacy. Ars Pharm. 2010; 51(2); 69-88.
9. Alfonso Urzua M. Calidad de Vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile. 2010; 138: 358-365.
10. Simpson SH, Johnson JA, Biggs C. Practice – Based Research: Lessons from Community Pharmacist Participants. Pharmacotherapy. 2001; 21: 731-9.
11. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104:771-776.
12. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19(2): 135-50.
13. Lugo G., Bittner M., Chavez H., Perez S. Implementación de un Programa de Atención Farmacéutica en Farmacias Comunitarias para la detección de la Hipertensión Arterial y su Seguimiento Farmacoterapéutico. Lat. Am. J. Pharm. 2007; 26(4): 590-5.
14. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27:1047-53.
15. Casanova Moreno, MC, Trasancos Delgado M, Orraca Castillo O, Prats Alvarez OM, Gómez Guerra DB. Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. Policlínico Hermanos Cruz, 2010. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del

■ CASO CLÍNICO

EL RETO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN MIGRAÑA CRÓNICA

THE CHALLENGE OF THE PHARMACEUTICAL FOLLOW-UP IN CHRONIC MIGRAINE

Grau Martínez A

Farmacéutica comunitaria. Farmacia La Barbera. La Vila Joiosa (Alicante)

ABREVIATURAS:

SPD: Sistema Personalizado de Dosificación. LDL: Colesterol de baja densidad. HDL: Colesterol de alta densidad. TG: Triglicéridos.
SFT: Seguimiento farmacoterapéutico

INTRODUCCIÓN

En el contexto del proceso asistencial denominado en España seguimiento farmacoterapéutico, el papel del farmacéutico clínico es satisfacer las necesidades farmacoterapéuticas del paciente, para que haciendo un uso correcto de los medicamentos que precisa, se alcancen los objetivos terapéuticos deseados, minimizando los efectos secundarios. Esta práctica asistencial usualmente comienza a requerimiento del paciente con un motivo de consulta que debe ser resuelto, pero no nos podemos conformar con solucionar solamente este problema sino que debemos realizar un abordaje integral de sus necesidades, mediante la evaluación de su farmacoterapia y el análisis cualitativo de sus creencias, de sus miedos y de sus expectativas en la relación del paciente con su medicación y su enfermedad.

Fecha de recepción 27/03/2016 Fecha de aceptación 01/06/2016
Correspondencia: Anna Grau
Correo electrónico: annagraumar@gmail.com

Grau Martínez A

PRESENTACIÓN DEL CASO

ASM es una paciente que acude regularmente a la Farmacia a retirar su medicación. Es una mujer de 55 años casada con 2 hijos. Está en tratamiento por Insuficiencia venosa crónica, migraña crónica y hipercolesterolemia.

Desde la unidad de optimización de la farmacoterapia y servicio de SPD[®], se le ofrece el seguimiento farmacoterapéutico, ya que la paciente tiene el mismo tratamiento desde 2012 para la migraña crónica y sufre crisis cada vez más frecuentes desde hace 6 meses, acompañadas de visión borrosa, fotofobia e incluso vómitos. En febrero de 2015, acepta incluirse en la Unidad de Optimización de la farmacoterapia.

Se le realiza la entrevista inicial, donde nos entrega los últimos informes de neurología y las últimas analíticas. Posteriormente, se le realiza el estudio y revisión del tratamiento obteniendo como resultado el siguiente cuadro de "Estado de situación", donde relacionamos los problemas de salud con los medicamentos prescritos:

PACIENTE		ASM						
		ficha paciente						
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE 9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	RESPUESTA
INSUFICIENCIA VENOSA NEOM	439.81		Crónico	Estable		Troxerutina 1000mg	1-0-0-0	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (B)	272.0		Crónico	Estable		Atorvastatina 10mg	0-0-0-1	No adherencia
MIGRAÑA	346.9		Crónico	Empeora		Amitriptilina 25mg	0-0-0-1	Seguridad
	#N/A			Empeora		Zolmitriptán 5mg	A demanda	Seguridad

Pharmaceutical Care	
Tarjeta Amarilla	
Psicofármacos, recursos optimización.	

ESTADO	
INICIAL	metas establecidas, iniciar nueva terapia.
RESUELTO	metas logradas, terapia limitada.
ESTABLE	metas logradas, continúa la misma terapia.
MEJORA	progreso adecuado, continúa la misma terapia.
MEJORA PARCIAL	algún progreso, se requiere ajustar la terapia.
AÚN SIN MEJORA	aún sin progreso, continúa la misma terapia.
EMPEORA	de empeoramiento de la salud, se ajusta la terapia.
FRACASO	las metas no se lograron, la terapia actual se reemplaza por una terapia diferente.

La migraña crónica es un tipo de dolor de cabeza, de los más comunes y cronicantes, junto a la cefalea por tensión nerviosa. Se caracteriza por un dolor hemicraneal de carácter pulsátil y de comienzo súbito. Puede ir acompañado de náuseas, vómitos, sudoración, palpitaciones, etc. Su farmacoterapia es de especial importancia ya que se consumen todo tipo de medicación: analgésica, antiinflamatoria y triptanes. En estos casos, se evidencia la importancia de individualizar la terapia, tanto las medidas farmacoterapéuticas como las no farmacológicas.

Grau Martínez A

Para la valoración de la intensidad del dolor existen varias herramientas. En el caso de ASM, se utilizan dos de las escalas más utilizadas para medir la intensidad y discapacidad que las crisis suponen para ella: HIT-6 y MIDAS. Son fáciles de utilizar, las puede rellenar el propio paciente y son muy útiles, al igual que los calendarios, para saber cómo evoluciona un paciente migrañoso.

El cuestionario HIT-6 (Headache Impact Test 6) se utiliza para medir el impacto negativo de la migraña, mediante 6 preguntas que miden la función social, rol, vitalidad, función cognitiva y sufrimiento psicológico. La escala MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) determina la severidad con la que la migraña afecta a la vida del paciente mediante 5 preguntas sobre la frecuencia y duración de las crisis y el grado en las que afecta a la capacidad de participar en actividades laborales, escolares, sociales o domésticas.

Tras la evaluación inicial del estado de salud de la paciente, con el estudio tanto de los problemas de salud que presenta y los tratamientos prescritos, constatamos que no existe ninguna medida no farmacológica que apoye su tratamiento. Identificamos un problema de incumplimiento de la posología de la atorvastatina de 10mg, una falta de adherencia. Se debe a que ella cree que no la necesita ya que en las últimas analíticas presenta un perfil lipídico adecuado. Para cerciorarnos, revisamos las últimas analíticas y efectivamente su perfil lipídico es normal: LDL= 105mg/dl, HDL= 72mg/dl, colesterol total=180mg/dl y TG= 99mg/dl. Además, valoramos el riesgo cardiovascular con la ayuda de la tabla SCORE, que calcula el riesgo de tener un evento coronario o cerebrovascular mortal en 10 años. La tabla SCORE relaciona el sexo, presión arterial, edad, colesterol total y si es fumador o no. La paciente tiene un riesgo CV de 0%. Realizamos la primera intervención por escrito mediante una carta para el médico en la que nos presentamos, le informamos sobre la alta de la paciente en el SFT y recomendamos valorar la suspensión de atorvastatina. En cuanto a las crisis de migraña, le pedimos que revise el tratamiento prescrito ya que parece ser que no es efectivo.

Además se detecta una interacción entre el zolmitriptan y la amitriptilina, en la que puede sufrir un síndrome serotoninérgico caracterizado por temblores, náuseas y vómitos, confusión. Habría que monitorizar la aparición del síndrome y en el caso de sufrir estos síntomas, desaparecerían a las 24 horas tras suspensión de dicho tratamiento. El balance beneficio-riesgo y la voluntad de la paciente se inclinan hacia aliviar el dolor, por lo tanto, no intervenimos en ese momento pero durante el SFT se presta especial atención en la aparición de estos efectos y tanto la paciente como sus familiares están advertidos.

Grau Martínez A

Le suspenden la atorvastatina y tendrá una revisión a los 3 meses. La suspensión del medicamento es una decisión consensuada con la paciente ya que este en definitiva es el que toma las riendas de su medicación y el profesional sanitario debe poner su conocimiento a disposición para que la paciente decida qué hacer. Recalamos la importancia de adquirir hábitos saludables para el control de colesterol y evitar la aparición de otros factores de riesgo cardiovascular como son el sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, sedentarismo, etc. Los hábitos saludables que le recomendamos son: llevar una vida activa, reducir el consumo de alcohol, tabaco, dulces y sal, comer 4 o 5 veces al día y mucha fruta y fibra y vigilar el peso. Aprovechamos para orientarlos sobre hábitos que pueden mejorar y aliviar las crisis de migraña que son clave, como un patrón de sueño regular, un horario de comida regular, el ejercicio, evitar el estrés, etc.

Le prescribe un nuevo medicamento para la migraña, es la Zonisamida de 100mg, pero primero debe empezar por 25mg y aumentar la dosis hasta 100mg. La Zonisamida es un antiepiléptico eficaz en dolor neuropático con propiedades neuromoduladoras. Cada vez que se le añade un medicamento nuevo se le revisa la medicación: nuevo estado de situación. Pero un mes después, en la visita de seguimiento mensual, la paciente nos comenta que no está segura de que la zonisamida le haga efecto, refiere insomnio aunque también menos crisis. No intervenimos ya que la paciente prefiere esperar a la próxima revisión en mayo 2015.

PACIENTE	ASM							
	ficha paciente		OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLOGÍA	RESPUESTA
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CE 9	FECHA INICIO						
INSUFICIENCIA VENOSA NEOM	459.81		Crónico	Estable		Troxeutina 100mg	1-0-0-0	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (B)	272.0		Crónico	Estable		medidas higienico dietéticas		
MIGRAÑA	346.9		Crónico	Empeora		Amitriptilina 25mg	0-0-0-1	Seguridad
	#N/A			Empeora		Zonisamida 100mg	A demanda	Seguridad

ESTADO	
INICIAL	metas establecidas, iniciar nueva terapia.
RESUELTO	metas logradas, terapia limitada.
ESTABLE	metas logradas, continúa la misma terapia.
MEJORÍA	progreso adecuado, continúa la misma terapia.
MEJORÍA PARCIAL	algún progreso, se requiere ajustar la terapia.
AÚN SIN MEJORÍA	aún sin progreso, continúa la misma terapia.
EMPEORA	desmejoramiento de la salud, se ajusta la terapia.
FRACASO	las metas no se logran, la terapia actual se reemplaza por una terapia diferente.

Pharmaceutical Care
Tarjeta Amarilla
Psicofármacos, recursos optimización.

Grau Martínez A

Tras la revisión de la neuróloga, en mayo del 2015, le prescriben un tratamiento completamente nuevo para la migraña y le indican que debe acudir a la revisión en 3 meses. El tratamiento consta de un triptan inyectable a demanda (Sumatriptan 6mg/0.5ml), siendo de elección si experimenta vómitos y/o problemas vasculares; el Maxalt Max un triptan liofilizado también a demanda y que puede evitar las náuseas y vómitos por ingestión de líquidos ya que se toma sin agua. Y por último el nadolol (solgol) de 40mg, es un betabloqueante indicado en caso de hipertensión, estrés o ansiedad. La paciente se siente agobiada porque no sabe cómo debe tomar el nuevo tratamiento, cuyo problema es solucionado desde la farmacia con la explicación e indicación de como tomarlo. Para el control de crisis le pedimos que nos indique en un calendario cada día que sufre una crisis y que nos lo muestre en la siguiente visita programada. Por último, se le realiza un control del perfil lipídico el cual siguiente siendo el de una persona saludable sin factores de riesgo cardiovasculares asociados.

PACIENTE	ASM							
	ficha paciente							
CONDICIÓN PATOLÓGICA	CIE9	FECHA INICIO	OBJETIVO	ESTADO	FECHA FINAL	FÁRMACO o P.A.	POSOLÓGIA	RESPUESTA
INSUFICIENCIA VENOSA NEUM	439.81		Crónico	Estable		Troxerutina 1000mg	1-0-0-0	
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA (&)	272.0		Crónico	Estable		medidas higienodietéticas		
MIGRAÑA	346.9		Crónico	En mejora		Sumatriptan 6mg/0.5ml	A demanda	
				En mejora		Maxalt Max liofotabs	A demanda	
	#N/A			En mejora		Nadolol 40mg	0-0-0-1	

Pharmaceutical Care

Tarjeta Amarilla

Psicofármacos, recursos optimización.

ESTADO	
INICIAL	metas establecidas, iniciar nueva terapia.
RESUELTO	metas logradas, terapia limitada.
ESTABLE	metas logradas, continúa la misma terapia.
MEJORA	progreso adecuado, continúa la misma terapia.
MEJORA PARCIAL	algún proceso, se requiere ajustar la terapia.
AÚN SIN MEJORA	aún sin progreso, continúa la misma terapia.
EMPEORA	desmejoramiento de la salud, se ajusta la terapia.
FRACASO	las metas no se lograron, la terapia actual se reemplaza por una terapia diferente.

Grau Martínez A

Dos meses después, sigue con el mismo tratamiento. La paciente nos muestra el calendario en el que podemos ver que el primer mes sufría 10 crisis por mes aproximadamente, y ahora sufre 5 crisis, cumpliendo uno de los objetivos del tratamiento que es reducir al menos en un 50% las crisis, para poder más adelante reducir dosis e incluso suspender progresivamente el tratamiento actual. Las crisis que sufre son más leves y ceden rápidamente, nota una mejoría clara.

Otro cambio que nos comunica la paciente es que no toma lactosa por recomendación del médico. Procedemos a hacer una investigación sobre el tema, en la que encontramos varios estudios que apuntan que el 90% de las migrañas podría ser debida a una intolerancia a ciertos alimentos que por orden son la leche, el trigo, el huevo, determinadas carnes y pescado, basada en la producción de histamina por intolerancia alimentaria que se acumula en el organismo y produce dichas crisis de migraña.

RESOLUCIÓN DEL CASO

A lo largo del seguimiento de los primeros 6 meses, con especial hincapié en el control del dolor por polimialgia reumática, nos hemos encontrado con:

Migraña no controlada	PS no tratado	Nuevo: Zonegran 100mg
No toma atorvastatina	Necesidad?	Suspensión atorvastatina Medidas higienodietéticas Control perfil lipídico
Migraña no controlada	PS no tratado	Tratamiento nuevo total Control de crisis 3 meses
Interacción Zomig-Amitriptilina	Seguridad?	No intervención

Grau Martínez A

En cuanto a la intensidad del dolor, volvemos a utilizar las mismas escalas (HIT-6 y MIDAS). En el momento del alta en el SFT, en la escala HIT-6 eran 63 puntos sobre 73, y tras 6 meses, le da como resultado 54 puntos. En la escala MIDAS, al inicio el resultado indicaba una discapacidad moderada (entre 11 y 20 puntos) y tras 6 meses de seguimiento, indica una discapacidad leve (entre 6 y 10 puntos). Podemos concluir que la intensidad del dolor tras 6 meses de seguimiento ha disminuido en un 15-20% y el número de crisis por mes ha disminuido aproximadamente un 50%.

CONSIDERACIONES FINALES

La migraña es la cefalea primaria sobre la que más estudiado y se ha avanzado en el conocimiento fisiopatológico y sobre la que más avances terapéuticos se han obtenido tanto para el tratamiento como para su prevención. Una vez diagnosticada, es importante tanto la evaluación del dolor y su control, como también la evaluación y optimización de la farmacoterapia asociada.

Uno de los objetivos del tratamiento es identificar los factores desencadenantes que en algunos pacientes son muy fáciles de reconocer y en otros las crisis no parecen guardar relación alguna con ellos: factores hormonales, sobre todo en la menopausia, los factores ambientales, la ingesta excesiva de cafeína o alcohol, algunos fármacos como los vasodilatadores. También se considera un factor desencadenante el exceso de horas de sueño y su disminución, el estrés, etc. Otro aspecto a tener en cuenta es la dificultad para medir o valorar el dolor, ya que se hace de forma subjetiva, siendo importante que el paciente nos describa como son las crisis al detalle y utilizar las escalas de clasificación específica para medir la intensidad.

Por todo lo expuesto anteriormente, es importante la actuación desde la farmacia comunitaria optimizando la farmacoterapia y reforzando el seguimiento farmacoterapéutico. La intervención del farmacéutico puede mejorar el conocimiento que el paciente tiene sobre cómo prevenir las crisis y factor desencadenantes presentes, y por otra parte, sobre su medicación, dosis correctas, pautas de uso, aparición de efectos adversos. Por lo que también, aquellos pacientes donde identifiquemos necesidades farmacoterapéuticas serán candidatos para la inclusión del servicio SFT.

BIBLIOGRAFÍA

Grau Martínez A

- López I, Rodríguez MP, Sánchez J, Moldes C. Guía clínica de migraña (Fisterra). Barcelona: Elsevier; 2012.
- Watson D, Duncan C, Coker A, Coulson A, Cull R, Duncan H et al. Diagnosis and management of headache in adults, a National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2008.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN136.pdf>
- Silva Castro, M. El dolor tratado con medicamentos. La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos. TFM 2015 UB. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/67294>
- Machuca M, Paciaroni J, Mastroianni PC, Arrigada I, Silva M. M, Escutia R, Garcia A, Pedrique M. Guía para la implantación de servicios de gestión integral de la farmacoterapia, 2012. Disponible en: http://www.academia.edu/11864478/Gu%C3%ADa_para_la_Implantaci%C3%B3n_de_Servicios_de_Gesti%C3%B3n_Integral_de_la_Farmacoterapia

■ CASO CLÍNICO

Paciente diabético con mal control glucémico e ictus agudo: importancia de la comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales

Diabetic patient with poor glycemetic control and acute stroke: importance of communication and coordination between different levels of care

Gallego Muñoz C¹, Ferreira Alfaya FJ², Guerrero Navarro N³.

¹Farmacéutico hospitalario. Hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria)

²Farmacéutico comunitario. Farmacia Muñoz (Melilla)

³Grado enfermería. Hospital La Merced (Osuna, Sevilla)

INTRODUCCIÓN

El ictus supone un grave problema de salud y su incidencia está creciendo rápidamente en el mundo. En nuestro país, el ictus es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda, después de la cardiopatía isquémica, entre los hombres¹.

Por otra parte, la diabetes es una enfermedad con una gran prevalencia en la población adulta, afectando en España a más de 5 millones de personas (un 13,8 % de la población), de las cuáles casi la mitad desconoce que la padecen².

Atendiendo a la evidencia disponible, la presunción de que los diabéticos presentan un mayor riesgo de ictus (sobre todo isquémico) está bien establecida³. Se estima que la diabetes aumenta el riesgo de ictus de 2-3 veces en los hombres y de 2-5 veces en las mujeres. El pronóstico del ictus en los pacientes con diabetes es también peor.

Por todo ello, los ingresos a nivel hospitalario de pacientes diabéticos diagnosticados de ictus han aumentado en los últimos años, representando en la actualidad casi un tercio de los ingresos por ictus⁴.

Atendiendo a estos datos, creemos que es importante resaltar dicho problema de salud y revisar la evidencia disponible sobre el tratamiento de la hiperglucemia en la fase aguda del ictus. Por otro lado,

Fecha de recepción 14/04/ 2016 Fecha de aceptación 30/05/2016

Correspondencia: Cristobal Gallego

Correo electrónico: toba_gallego@hotmail.com

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

también pretendemos hacer reflexionar a todos los profesionales de salud de los distintos niveles asistenciales en relación con la importancia de una óptima comunicación internivel.

En este contexto, ponemos en valor el papel que puede desempeñar el farmacéutico comunitario en aspectos fundamentales como la optimización de la adherencia a los fármacos prescritos, control de la glucemia, educación sanitaria y resolución de problemas farmacoterapéuticos (mediante la detección, prevención y resolución de dichos problemas).

En el presente trabajo se presenta un caso de una paciente diabética con mal control glucémico y síntomas relacionados con una alteración neurológica que es detectada por un farmacéutico comunitario, siendo derivado al servicio de Urgencias hospitalario. Allí es diagnosticada de ictus y es ingresada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Acude a la farmacia comunitaria una paciente de 77 años que vive sola en su domicilio para retirar su medicación habitual que es: simvastatina 40 mg/24 horas, enalapril 20 mg/24 horas, ácido acetil-salicílico 100 mg/24 horas, vildagliptina 50 mg-metformina 850 mg/12 horas, y duloxetina 30 mg/24h.

Presenta un habla incoherente y pérdida de fuerza en el hemicuerpo derecho. Aporta un registro de glucemias capilares del último mes presentando una mediana de glucemia de 185 mg/dl [Rango: 169-197 mg/dl]. No había consultado a su médico de familia en las últimas cinco semanas. Las presiones arteriales estaban siendo monitorizadas en su centro de salud semanalmente, pero el farmacéutico comunitario no pudo acceder a dicha información, ya que la paciente no llevaba dicho registro durante sus visitas a la farmacia.

Es trasladada de forma inmediata, por indicación de su médico de Familia, al servicio de Urgencias del hospital al que pertenece. Se realiza una tomografía computarizada craneal que muestra un infarto extenso en el territorio de la arteria cerebral media izquierda. En la analítica de ingreso destaca una glucemia de 182mg/dl.

La paciente es tratada inicialmente con 7 U.I. de insulina rápida en el área de Urgencias y con una pauta de insulina regular administrada cada 6 horas durante las primeras 24 horas, normalizándose las glucemias. Durante el ingreso, la HbA1c es de 5,5%. Se realiza hoja de interconsulta a la unidad de Endocrinología y a la unidad de Servicios Sociales del hospital y se constata unos hábitos alimentarios no adecuados en el contexto de una persona con bajos recursos económicos, que vive sola y con trastornos depresivos. Se gestiona, tras la autorización de la paciente, el ingreso en un centro sociosanitario.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

El tratamiento farmacológico al alta es el mismo que al ingreso, a excepción del ácido acetilsalicílico, cuya dosis se aumenta a 150 mg/día. A los tres meses del alta, y tras la integración en el centro socio-sanitario, se repite la analítica con resultados dentro de la normalidad.

TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS

Como se ha dicho anteriormente, la hiperglucemia es una variable de mal pronóstico del ictus. Los primeros ensayos clínicos que han estudiado la eficacia del tratamiento de la hiperglucemia en el ictus agudo se han centrado en el tratamiento intensivo con insulina (TII), más que en el convencional con insulina, sobre todo en pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos (UCI), obteniéndose una disminución de la mortalidad y las complicaciones^{5,6}. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que otros estudios posteriores concluían que el TII aumentaba la mortalidad en pacientes críticos frente a la terapia insulínica convencional.

El ensayo clínico aleatorizado con más tamaño muestral diseñado (N=933) no demostró ningún beneficio clínico con el TII. Sin embargo, se puede criticar en dicho estudio que la mayoría de los pacientes incluidos en el ensayo no presentaban hiperglucemia y la reducción de glucemia en el grupo de tratamiento intensivo fue de tan sólo 0,6 mmol/L menor que la del tratamiento convencional⁷.

En varios metaanálisis⁸⁻¹⁰ se ha comparado el efecto del TII respecto a la terapia con insulina convencional y en todos se concluye que no existe evidencia de que la TII por vía intravenosa, con el objetivo de mantener la glucemia dentro de un rango específico en las primeras horas del ictus isquémico agudo, proporcione beneficios en términos de mortalidad o déficit neurológico, mientras que aumenta significativamente el número de episodios hipoglucémicos.

En la actualidad está en marcha un nuevo ensayo clínico aleatorizado y controlado (estudio SHINE¹¹), que pretende incluir a 1.400 pacientes con ictus agudo de menos de 12 horas de evolución con hiperglucemia. El objetivo principal es comparar la terapia estándar con insulina subcutánea frente a la infusión intravenosa continua de insulina durante un máximo de 72 horas.

Tampoco está totalmente dilucidado que el tratamiento convencional de la diabetes propicie que se alcance unos niveles adecuados de glucemia. El estudio GLIAS¹² mostró que sólo el 25% de los pacientes con infarto cerebral agudo desarrollan hiperglucemia persistente en las primeras 48 horas y que el tratamiento convencional no consigue controlarla en el 40% de los casos.

Por otro lado, aunque no existe unanimidad acerca de la técnica a utilizar, ni del momento de realizarla, las Guías de Práctica Clínica actuales recomiendan que después de accidente isquémico transitorio o ictus isquémico todos los pacientes deberían someterse a un cribado para descartar diabetes¹³.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

DISCUSIÓN DEL CASO

A pesar de que la hiperglucemia en la fase aguda del ictus se asocia a un peor pronóstico, su tratamiento es en la actualidad motivo de controversia. No existe evidencia de que la administración de insulina por vía intravenosa en estos pacientes proporcione beneficios en la evolución del ictus. Con el presente caso clínico, queremos resaltar la importancia que tiene una buena comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales: atención primaria, atención especializada y centros sociosanitarios. Los pacientes pueden ser atendidos por diferentes profesionales a distintos niveles asistenciales, pero la comunicación y coordinación interniveles puede resultar a veces deficiente debido, por una parte, a la falta de infraestructuras que posibiliten dicha comunicación, y por otro lado, a la ausencia de protocolos de actuación ante la detección de problemas relacionados con la salud de los pacientes. Un momento muy sensible en la asistencia sociosanitaria de los pacientes es cuando éstos son sometidos a transiciones asistenciales entre los distintos niveles, y el cuidado integral en un contexto social y sanitario debe ser, a nuestro juicio, uno de los objetivos prioritarios de las organizaciones sanitarias. Los planes estratégicos sanitarios deberían estar diseñados para que esta coordinación sea una realidad y, para ello, es imprescindible la puesta en funcionamiento de nuevas herramientas tecnológicas que propicien el cambio y una óptima comunicación bidireccional entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales.

El farmacéutico comunitario es, debido a sus características, un profesional que está en contacto directo y continuo con los pacientes. Su formación junto a la capacitación legal que tienen en materias relacionadas con la educación en salud, hacen de ellos piezas básicas en el cuidado integral de los pacientes y, sobre todo, durante las transiciones entre los distintos niveles asistenciales; todo ello por el bien de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. [consultado Feb 2016]. Disponible en:<http://www.ine.es/>.
2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55:88-93.
3. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, Gobin R, Kaptoge S, di Angelantonio E, et al. Emerging Risk Factors Collaboration. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospectivestudies. *Lancet*. 2010; 375:2215-22.

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Guerrero Navarro N.

4. Khoury PR, Khoury JC. Increase in the rate of comorbid diabetes in stroke hospitalizations from 1998 to 2011: The National Inpatient Sample. International Stroke Conference. Abstract WP154. Stroke. 2014; 45: AWP154.
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaers-chalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2013; 44:870-947.
6. Luitse MJ, Biessels GJ, Rutten GE, Kappelle JL. Diabetes, hyperglycaemia, and acute ischaemic stroke. Lancet Neurol. 2012; 11:261-71.
7. Finfer S, Chittock DR, Su SY, Blair D, Foster D, Dhingra V, et al. NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. N Engl J Med. 2009; 26:1283-97.
8. Bellolio MF, Gilmore RM, Stead LG. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 9:CD005346.
9. Ntaios G, Papavasileiou V, Bargiota A, Makaritsis K, Michel P. Intravenous insulin treatment in acute stroke: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Stroke. 2014; 9:489-93.
10. Bellolio MF, Gilmore RM, Ganti L. Insulin for glycaemic control in acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 1:CD005346.
11. Bruno A, Durkalski VL, Hall CE, Juneja R, Barsan WG, Janis S, et al. The Stroke Hyperglycemia Insulin Network Effort (SHINE) trial protocol: A randomized, blinded, efficacy trial of standard vs. intensive hyperglycemia management in acute stroke. Int J Stroke. 2014; 9:246-51.
12. Fuentes B, Castillo J, San José B, Leira R, Serena J, Vivancos J, et al. The prognostic value of capillary glucose levels in acute stroke: The Glycemia in Acute Stroke (GLIAS) study. Stroke. 2009; 40:562-8.
13. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45:2160-236.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pedro del Río Pérez

Farmacéutico comunitario. Quintana de Rueda (León). Coautor de «Averroes. Manual de terapia en Atención Primaria». Coautor de «Iatrikon. Manual de Terapéutica para Médicos de AP». Autor de «Fitoguía. Terapia con Plantas Medicinales». Colaborador de «Medimecum».

Knowledge, attitudes and barriers towards breast cancer health education among community pharmacists

Nehad M. Ayoub, Khawla Q. Nuseir, Areej K. Othman and Sajedah Abu Alkishik

Journal of Pharmaceutical Health Services Research. Version of Record online: 11 MAY 2016. DOI: 10.1111/jphs.12140
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jphs.12140/abstract?campaign=wolearlyview>

El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento, actitudes barreras percibidas por los farmacéuticos comunitarios hacia promoción de la salud del cáncer de mama.

Para ello, se envió un cuestionario estructurado a 1.000 farmacéuticos comunitarios en las regiones del norte, centro y sur de Jordania.

La media de puntuación para el conocimiento del cáncer de mama entre los farmacéuticos comunitarios fue $8,51 \pm 3,04$ puntos sobre 15 puntos,

Por lo que se puede clasificar el conocimiento general como aceptable.

Quinientos (50%) farmacéuticos tenían escaso conocimiento, mientras que la otra mitad tenía un nivel aceptable de conocimiento para el cáncer de mama.

La media de puntuación sobre el conocimiento de la detección del cáncer de mama por parte de los farmacéuticos fue $3,83 \pm 1,61$ sobre 7 puntos.

Seiscientos farmacéuticos (60%) tenían escaso conocimiento, mientras que 400 farmacéuticos (40%) tenían un conocimiento satisfactorio de las pautas de detección.

Los farmacéuticos mostraron actitud favorable hacia la participación en la educación sobre el cáncer de mama con una puntuación media de $19,8 \pm 4,35$ sobre 28 puntos.

La falta de tiempo fue percibido por la mayoría de los farmacéuticos (63,9%) como una barrera importante.

Otras barreras altamente reconocidas fueron la falta de privacidad (57,1%) y la falta de habilidades educativas adecuadas (56,2%).

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

La edad no tiene relación con el nivel de conocimiento o actitud entre los farmacéuticos. Sin embargo, existe una correlación significativa entre la actitud y el conocimiento del cáncer de mama de los farmacéuticos.

Los autores del estudio concluyen que el conocimiento del cáncer de mama y su detección fueron modestos entre los farmacéuticos comunitarios en Jordania. Sin embargo, las opiniones de los farmacéuticos comunitarios hacia promoción de la salud y la conciencia del cáncer de mama fueron positivas. Los esfuerzos para mejorar el conocimiento de los farmacéuticos comunitarios con el fin de ser eficaces educadores de la opinión pública sobre el cáncer de mama son muy importantes.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Concordance of Pharmacist Assessment of Medication Adherence With a Self-Report Medication Adherence Scale

Nonadherence

Michael S. Kelly, PharmD, Leticia R. Moczygemba, PharmD, PhD, Sharon S. Gatewood, PharmD

Journal of Pharmacy Practice June 2016 vol. 29 no. 3 194-198

<http://jpp.sagepub.com/content/29/3/194?etoc>

El objetivo del estudio fue evaluar la concordancia de la Modified Morisky Scale (MMS) con una evaluación, por parte de un farmacéutico, de la adherencia a la medicación durante una revisión de la medicación de los pacientes.

Este estudio retrospectivo examinó los registros médicos electrónicos (EMRs) de pacientes ≥ 18 años que recibieron una revisión de la medicación por parte de un farmacéutico desde octubre 2008 a septiembre 2009 a personas sin hogar en una clínica de salud mental.

Además de los MMS 6 ítems, la adhesión fue evaluada a través de los 4 primeros elementos de los MMS, que comprenden la escala original de Morisky.

Una evaluación final de la adherencia al tratamiento por parte del farmacéutico en base a la revisión de la medicación fue documentada en el EMR. Se utilizó la prueba de McNemar para evaluar el acuerdo entre los MMS (6 y 4 ítems) y la evaluación del cumplimiento de la medicación por parte del farmacéutico.

En total fueron seleccionados para el estudio 288 pacientes, lo que incluyó 449 revisiones de la medicación.

La falta de adherencia se detectó en el 61,7% y el 49,7% de las revisiones de la medicación utilizando los 6 y 4 puntos del MMS respectivamente.

La evaluación del farmacéutico determinó la no adherencia en el 23,8% de las revisiones de la medicación.

No hubo diferencias significativas entre la evaluación de la adherencia por parte del farmacéutico y usando la Modified Morisky Scale (MMS con 6 o 4 elementos).

Se concluye que una combinación de métodos, incluyendo el auto-informe y una evaluación por parte del farmacéutico pueden proporcionar una mejoría en la adherencia.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Evaluation of the Feasibility and Utility of a Pharmacist-Centered Collaborative Drug Therapy Management Program for Oncology-Based Symptom Management

Elizabeth A. Hansen, PharmD, BCOP, John M. Pietkiewicz, PharmD, BCOP2, Bonnie L. Blum, RPh, BCOP

Journal of Pharmacy Practice June 2016 vol. 29 no. 3 206-211
<http://jpp.sagepub.com/content/29/3/206?etoc>

En este estudio trabajan conjuntamente médicos y farmacéuticos en el tratamiento de ciertos aspectos de la terapia oncológica ginecológica. Permite al farmacéutico asumir la responsabilidad de la gestión de parte de la terapia farmacológica.

Ha habido poca documentación de las prácticas CDTM en el entorno oncológico. Por lo tanto, se inició un programa CDTM en la clínica de ginecología oncológica en el Roswell Park Cancer Institute (RPCI) para establecer la viabilidad y la utilidad de CDTM y sus efectos en la atención al paciente así como la satisfacción del médico.

En primer lugar, 3 síntomas fueron gestionados por los farmacéuticos CDTM, a saber, las náuseas/vómitos inducidos por la quimioterapia (CINV), neuropatía periférica inducida por quimioterapia (CIPN), y la salud de las mujeres. El programa CDTM mostró resultados favorables después de un corto período de 4 meses.

Los farmacéuticos CDTM se remitieron un total de 12 consultas con fines CDTM; 8 pacientes incluidos en el protocolo de CIPN, 3 en el protocolo de CINV y 1 de cada protocolo de la salud de las mujeres. Los farmacéuticos CDTM fueron capaces de realizar un total de 54 consultas, con un tiempo medio de 16,9 minutos con cada paciente por consulta. Además, los farmacéuticos CDTM hicieron 70 intervenciones e identificaron 6 efectos adversos relacionados con la medicación.

La encuesta de satisfacción del paciente y del médico demostró el valor de los farmacéuticos CDTM, y los pacientes encuestados mostraron su apoyo al programa

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Relationship between Medication Adherence and Distance to Dispensing Pharmacies and Prescribers Among an Urban Medicaid Population with Diabetes Mellitus

Samina T. Syed, Lisa K. Sharp, Yoonsang Kim, Adam Jentleson, Claudia M. Lora, Daniel R. Touchette, Michael L. Berbaum, Katie J. Suda and Ben S. Gerber

Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy Accepted manuscript online: 18 APR 2016 01:21AM
EST | DOI: 10.1002/phar.1757
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.1757/abstract?campaign=wolacceptedarticle>

En este estudio se pretende determinar si existe una relación entre la adherencia a la medicación a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II) y la distancia de las oficinas de farmacia y prescriptores entre una población urbana con diabetes mellitus.

Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo utilizando datos de las declaraciones de pacientes. Participaron un total de 6.532 pacientes de entre 18 y 64 años con diabetes que tenían al menos una receta para un IECA o ARA II, y tenían una cobertura continua de Medicaid en el área metropolitana de Chicago en 2009.

Se evaluó la adherencia al tratamiento, definida como la proporción de días cubiertos (PDC) $\geq 0,8$, a IECA y ARAII (es decir, días que toman el tratamiento prescrito [PDC=1, lo toman todos los días y PDC=0, no lo toman ningún día]) y su asociación con las distancias entre los pacientes y sus farmacias y los prescriptores.

De los 6.532 pacientes incluidos en el estudio, 2.930 (45%) tenían niveles de PDC $\geq 0,8$.

No se observaron diferencias significativas entre los pacientes que eran adherentes en comparación con aquellos que fueron no adherentes en la distancia a la farmacia (mediana 1,39 vs 1,35 millas, $p = 0,15$) o la distancia al prescriptor (mediana de 4,39 vs 4,48 millas, $p = 0,80$). En un modelo de regresión multivariante incluyendo edad, sexo, raza, etnia, número de farmacias, número de prescriptores, distancia a la farmacia, y la distancia al prescriptor, un mayor número de prescriptores se asoció con un mayor cumplimiento (2 prescriptores vs 1 de prescripción: odds ratio [O] 1.396, 95% intervalo de confianza [IC] 1,233-1,580; ≥ 3 vs 1 prescriptores prescriptor: OR 2.208, IC 95% 1,787-2,727).

Los autores del estudio concluyen que la adherencia al tratamiento con IECA o ARA II no se asoció con las distancias a las farmacias o a los prescriptores.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Assessing the relationship between pharmacists' job satisfaction and over-the-counter counselling at community pharmacies

Gvidas Urbonas , Loreta Kubilien

International Journal of Clinical Pharmacy. April 2016, Volume 38, Issue 2, pp 252-260
http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-015-0232-y?wt_mc=alerts.TOCjournals

Los farmacéuticos comunitarios tienen un papel creciente en la automedicación y la salud de la comunidad lo cual depende de la calidad de los servicios de asesoramiento prestados a los pacientes. Algunos estudios muestran que la satisfacción en el trabajo de los farmacéuticos afecta a la calidad de su trabajo; otros estudios encontraron que una mayor participación en los servicios clínicos aumenta la satisfacción en el trabajo de los farmacéuticos.

Se pretende evaluar la relación entre la satisfacción laboral de los farmacéuticos y la práctica del asesoramiento con fármacos sin receta en las farmacias comunitarias en Lituania.

La medida principal fue relación entre la satisfacción en el trabajo y el servicio de asesoramiento para el tratamiento con medicamentos que no precisan receta médica (OTC, en terminología anglosajona).

Se encontró una relación bidireccional entre la satisfacción laboral y el servicio de asesoramiento con fármacos OTC.

Además, la satisfacción laboral y la calidad de asesoramiento con OTC dependían de la edad de los farmacéuticos.

Se recomienda a los organismos implicados a crear un ambiente agradable lo que aumentaría la satisfacción en el trabajo de los farmacéuticos y, a cambio se obtendría, un asesoramiento de calidad. Además, el desarrollo y orientación de habilidades de los recursos humanos de los farmacéuticos más jóvenes, se ve como un medio para mejorar tanto la calidad del clima organizacional como el asesoramiento a los pacientes.