

## Paco, buen profesional y mejor amigo

**F**rancisco García Cebrián, Paco para los amigos, falleció el 30 de junio pasado después de luchar durante más de dos años contra un linfoma.

Nacido en Casas Ibáñez (Albacete) en 1952, estudió farmacia en Madrid y rápidamente se estableció en Valencia donde ejerció como farmacéutico comunitario. Contribuyó al desarrollo de la farmacia asistencial y a hacer visible el papel del farmacéutico comunitario. A finales de los ochenta formó parte del grupo que creó la Red Española de Atención Primaria y en el 98 fue Patrono fundador de la Fundación Pharmaceutical Care, en la que ocupó diversos cargos. En Valencia, dirigió en sus inicios la Comisión de Atención Farmacéutica del MICOF y posteriormente, en 2001 se creó SEFAC en la Comunidad Valenciana, siendo Paco el primer Presidente.

En 1998 organizó el Programa TOD (Tratamiento Observado Directamente en tuberculosis), en colaboración con el MICOF y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. El programa fue un éxito, consiguió firmar el primer acuerdo con una Consejería de Sanidad que permitía a los farmacéuticos comunitarios cobrar por un servicio.

Gran profesional y maestro de muchos compañeros, también era un excelente amigo y persona. Resultaba muy fácil trabajar con él. En 2005 organizamos en Valencia el 4º Congreso de la Fundación. Aquellos fueron unos meses de mucho trabajo, pero también de intenso disfrute. Paco era el líder indiscutible, pero como buen líder, conseguía pasar desapercibido y que todos nos sintiéramos igualmente coparticipes.

Inteligente y muy culto tenía una conversación fácil, agradable, interesante y al mismo tiempo divertida. Persona con un gran sentido del humor, muy manchego. Gran contador de chistes, muchos de ellos memorables, como el de “Lord Pinkerton”. Su humor impregnaba toda su conversación y continuamente contaba anécdotas que él decía que eran de su pueblo.

Muy amante de la buena música y de la buena mesa, era capaz de recomendarte restaurantes y un buen vino, en muchas ciudades del mundo. Conozco a un vecino suyo que disfrutaba de la opera cuando Paco la ponía a todo volumen en el jardín de su casa.

Pudimos ver a Paco feliz el año pasado en Zaragoza, cuando SEFAC le concedió el Premio a la Carrera Profesional, en reconocimiento a su labor de años defendiendo la farmacia asistencial.

Paco conocía perfectamente, desde el principio, el desarrollo de su enfermedad, pero mantuvo el buen humor hasta el final. Cuatro días antes de su fallecimiento aun bromeaba, y menos de 24 horas antes de morir todavía mantenía la sonrisa picarona que le caracterizaba... y con la que siempre le recordaremos.

La farmacia española ha perdido a uno de sus mejores profesionales... y nosotros a un buen amigo

Luis Salar, Ana Dago

Patronos Fundación Pharmaceutical Care

❖ ORIGINAL

## Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI

### Cross-sectional, observational study for the evaluation of adherence in elderly people: NAGUSI STUDY

Ramos Saiz E1, Blas Garrido C2, Portero Landa A1, Del Arco Ortiz de Zarate J3.

<sup>1</sup>Doctora en Farmacia. Farmacéutica Comunitaria. Miembro del grupo Aranzadi (COFBI).

<sup>2</sup>Farmacéutica Comunitaria. Miembro del grupo Aranzadi (COFBI).

<sup>3</sup>Doctor en Farmacia. Director Técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI).

#### ABREVIATURAS

166

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**COFBI:** Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.

#### RESUMEN

**Introducción:** La baja adherencia conlleva importantes problemas y es importante medirla para abordar intervenciones farmacéuticas para mejorarla. El test de Morisky-Green es la principal herramienta para ello, pero en nuestro medio hay pocos estudios realizados con él en personas mayores del ámbito comunitario que son quienes acuden a las farmacias.

Fecha de recepción 10/04//2017 Fecha de aceptación 28/06/2017

Correspondencia: Juan del Arco

Correo electrónico: Juan@cofbizkaia.net

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

**Objetivo:** Conocer la adherencia a los tratamientos farmacológicos de las personas mayores que acuden al principal evento orientado al envejecimiento activo en Euskadi, de cara a emprender posibles actuaciones desde la farmacia comunitaria.

**Material y Métodos:** Estudio observacional transversal de adherencia mediante el test de Morisky-Green a todas las personas mayores que acudieron al stand del COFBI durante el Salón Nagusi.

**Resultados:** Se realizaron 498 encuestas. 480 sujetos tomaban algún medicamento (73,1% mujeres, 26,9% hombres). Su edad media era 74,6 años ( $\pm 5,9$ ) y el 34% vivían solos. De media tomaban 3,2 medicamentos ( $\pm 2,1$ ). El número medio de tomas diarias era 2,0 ( $\pm 0,8$ ). 457 sujetos completaron el test, obteniéndose un 49,5% de adherencia. No se hallaron diferencias significativas entre el grupo adherente y el incumplidor en ninguna de las variables independientes.

**Conclusiones:** Las personas mayores que acuden al salón Nagusi muestran un nivel de adherencia al tratamiento farmacológico similar al descrito por la OMS y al detectado en otros estudios en los que se empleó la misma herramienta de medida. Las variables independientes estudiadas, no influyen significativamente en el grado de adherencia, lo que facilitaría el diseño de intervenciones desde la farmacia comunitaria para optimizarla en este tipo de población.

**Palabras clave:** *Adherencia, Ancianos, Farmacia comunitaria*

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

**ABSTRACT**

**Introduction:** Low adherence involves significant problems. It is important to measure it in order to set out pharmaceutical interventions to improve it. The Morisky-Green test is the main tool designed for this purpose. Nevertheless, in our environment there are few studies done with this test in elderly people living in the community who are the ones that come to the pharmacies.

**Objective:** To determine the adherence to pharmacological treatments of the elderly people who attend the main event aimed to promote active aging in Euskadi. The objective is to set out possible interventions from the community pharmacy.

**Material and Methods:** Cross-sectional observational study of adherence using the Morisky-Green test in the elderly people who attended the COFBI stand during the Nagusi Hall.

**Results:** 498 surveys were carried out. 480 subjects were taking medication (73.1% women, 26.9% men). Their average age was 74.6 years ( $\pm$  5.9) and 34% lived alone. On average, they took 3.2 medicines ( $\pm$  2.1). The mean number of daily intakes was 2.0 ( $\pm$  0.8). 457 subjects completed the test, obtaining 49.5% of adherence. There were no significant differences between the adherent group and the non-compliant group in any of the independent variables.

**Conclusions:** Elderly people attending Nagusi show a rate of adherence to pharmacological treatment similar to the one described by WHO and to those found in other studies done with the same measurement tool. The independent variables studied did not influence significantly the adherence degree, which would make easier

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

to undertake actions from the community pharmacy to improve adherence in this population.

**Keywords:** *Patient compliance, Aged, Community Pharmacy*

**INTRODUCCIÓN**

La proporción de personas mayores está creciendo de forma acelerada a nivel mundial debido al aumento de la esperanza de vida. Este fenómeno se agudiza aún más en los países de las regiones más desarrolladas, en los que dicho aumento coincide con una importante disminución de la tasa de natalidad<sup>1</sup>. En el caso concreto de España, el porcentaje de población mayor de 65 años, que se situaba en el 18,2% en el año 2014, se calcula que en el 2029 será del 24,9% y en el 2064 del 38,7%<sup>2</sup>.

En esta situación se plantea el reto de desarrollar políticas públicas que permitan conseguir que las próximas generaciones disfruten de un envejecimiento activo, concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen<sup>1</sup>.

Tanto desde el punto de vista ético, como desde el puramente económico, hay buenas razones para implementar programas y desarrollar actividades que favorezcan el envejecimiento activo<sup>1</sup>. Uno de los tres pilares en que se deben sustentar estas iniciativas es promover la participación de las personas mayores en actividades culturales y socioeconómicas<sup>1</sup>. En este sentido, tiene especial importancia la organización de eventos orientados específicamente a estas personas, en los que se

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

ofrece además información sobre temas relacionados con la salud y los servicios sociales.

El Salón Nagusi es el principal evento de ocio, servicios y actividades para personas mayores que se organiza en el norte de España y se celebra anualmente en el Bilbao Exhibition Centre (Bizkaia)<sup>3</sup>. El certamen persigue en primer lugar, promover el envejecimiento activo, y en segundo término, ofrecer soluciones dirigidas a cuidadores y profesionales dedicados al cuidado de las personas mayores. Cuenta con el apoyo entre otros del Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Bizkaia.

El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia (COFBI) también participa en este evento, instalando cada año un stand en el que informa sobre los servicios llevados a cabo desde las farmacias comunitarias, tales como el Sistema Personalizado de Dosificación<sup>4</sup>. Además, se facilita a quienes acuden al stand información sobre medicamentos y se realizan actividades relacionadas con el fomento de la adherencia a los tratamientos.

Se actúa específicamente sobre la adherencia a los tratamientos, por su especial relevancia en las personas mayores<sup>5</sup>, ya que es habitual que éstas padezcan trastornos crónicos tales como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes... y se encuentren polimedicados. Es bien conocido que la falta de adherencia conlleva repercusiones clínicas y económicas, por lo que es importante detectarla con el fin de abordar las intervenciones pertinentes<sup>6</sup>.

Uno de los métodos más utilizados para medir la adherencia es el test de Morisky-Green. Se trata de un método indirecto de entrevista personalizada que está validado para diversas enfermedades crónicas. Consta de cuatro preguntas con respuesta

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

dicotómica sí/no. Refleja si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento. Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no)<sup>7</sup>.

Dado que es una herramienta ágil, fácil de aplicar y con escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión<sup>7</sup>, resulta especialmente adecuada para utilizarla como instrumento de medida en un entorno como Nagusi, al que acuden personas de todos los estratos sociales y en el que no pueden realizarse intervenciones complejas ni de larga duración. Además, posee una alta especificidad y un elevado valor predictivo positivo, aunque también presenta ciertas desventajas, como la baja sensibilidad, el escaso valor predictivo negativo, la subestimación al buen cumplidor y la sobrestimación del no cumplimiento<sup>7</sup>.

Con esta herramienta se han realizado numerosos estudios en los que se ha valorado la adherencia de distintos colectivos<sup>5,8</sup>, incluidos algunos específicos de personas mayores de 65 años<sup>9,10</sup>. Sin embargo, al menos en nuestro medio, son muy escasos los que se han efectuado específicamente en personas mayores del ámbito comunitario sin que intervenga el sesgo de selección de que acudan a un determinado servicio sanitario. Ahora bien, sería de gran interés disponer de datos sobre la adherencia de las personas mayores no residenciadas que permanecen activas y muestran interés por los aspectos relacionados con el envejecimiento activo, con el fin de diseñar intervenciones destinadas a ellas.

El objetivo de este estudio es conocer la adherencia a los tratamientos de las personas mayores no residenciadas que acuden al principal evento relacionado con el envejecimiento activo en el País Vasco, de cara a emprender posibles actuaciones desde la farmacia comunitaria.

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

**MATERIAL Y MÉTODOS****Diseño**

Se trata de un estudio observacional transversal. Para llevarlo a cabo se utilizó un cuestionario en el que se incluyeron cinco preguntas sobre variables demográficas, toma de medicación y modelo de convivencia y las cuatro correspondientes al test de Morisky-Green:

*- Variables demográficas*

1. Año de nacimiento
2. Sexo

*- Medicación*

3. ¿Cuántos medicamentos toma?
4. ¿Cuántas tomas diarias totales realiza?

*- Modelo de convivencia*

5. ¿Vive solo? Si la respuesta es no: ¿Con quién vive?

*- Test de Morisky-Green*

6. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
7. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
8. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
9. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

## Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

### Periodo de estudio

La recogida de datos se llevó a cabo durante la celebración del Salón Nagusi entre el 16 y el 18 de octubre de 2015.

### Población de estudio

El cuestionario se realizó a todas las personas mayores que acudieron al stand del COFBí durante la celebración del Salón Nagusi. Los farmacéuticos que atendían el stand formulaban las preguntas a los encuestados y anotaban sus respuestas.

### Variables de estudio

1. Variable dependiente: porcentaje de adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green).
2. Variables independientes: edad, sexo, número de medicamentos, número de tomas diarias, modelo de convivencia (solo o acompañado).

173

---

### Tamaño muestral

Con la finalidad de estimar el porcentaje de adherencia al tratamiento, el tamaño muestral se calculó en base a una proporción del 50% (valor aproximado del parámetro recogido en la bibliografía), con una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95%, para una población de 306.546 sujetos (población de Bizkaia mayor

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

de 65 años<sup>11</sup>). Si se asume un 15% de pérdidas, el número total de cuestionarios necesario es de 451.

**Análisis estadístico**

Los datos fueron registrados en una hoja de cálculo Excel (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, USA). El análisis de los resultados se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). Las variables cuantitativas se describieron mediante la media  $\pm$  desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Para determinar si existe una relación entre dos variables se empleó la prueba de chi-cuadrado o el análisis de la varianza ANOVA según las características de las variables. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos si  $p < 0,05$ .

174

**RESULTADOS**

En total se realizaron 498 encuestas. 480 sujetos afirmaron tomar algún medicamento (96,4%). Su edad media era de  $74,6 \pm 5,9$  años (mínimo 65 máximo 91) y el 34% vivían solos. El 73,1% eran mujeres.

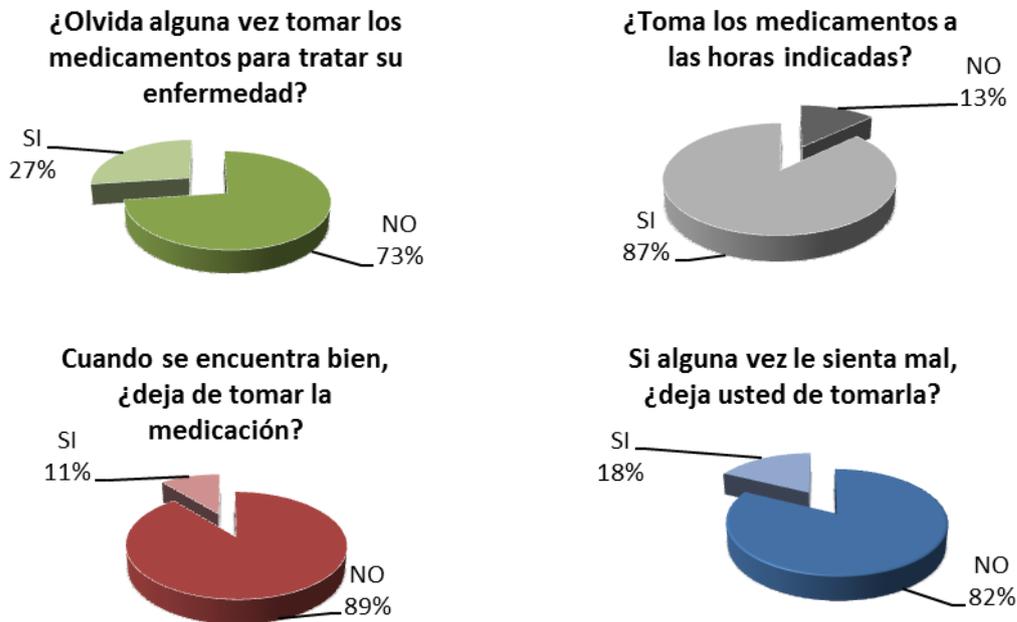
Con respecto a la complejidad de sus tratamientos farmacológicos, se valoraron el total de medicamentos que utilizaban y el número de tomas diarias. De media tomaban 3,2 medicamentos al día ( $\pm 2,1$ ). Un 11,0% de los pacientes utilizaban más de 5 medicamentos. El número medio de tomas diarias era de  $2,0 (\pm 0,8)$ . Mientras que un 30,2% tomaba su medicación en una sola vez al día, el 39,0% lo hacía en dos veces y el 29,2% en tres.

Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

Analizando los resultados de los 457 sujetos que completaron el test de Morisky-Green se obtuvieron los siguientes datos (Figura 1):



**Figura 1**

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

226 sujetos contestaron de forma correcta a las 4 preguntas del test, por tanto la proporción global de pacientes que resultó adherente a su tratamiento farmacológico fue del 49,5%. Las características de los sujetos adherentes se pueden observar en la tabla 1.

	Grupo adherente (n=226)	Grupo incumplidor (n=231)	p
Edad	74,9 ± 5,9	74,1 ± 5,8	0,721 <sup>a</sup>
Sexo			
Hombres	62 (27,4%)	56 (24,2%)	0,436 <sup>b</sup>
Mujeres	164 (72,6%)	175 (75,8%)	
Convivencia			
Solo	81 (35,8%)	77 (33,3%)	0,596 <sup>b</sup>
Acompañado	145 (64,2%)	154 (66,7%)	
Número de medicamentos	3,2 ± 2,1	3,2 ± 2,0	0,684 <sup>a</sup>
Polimedicado*			
Sí	27 (11,95%)	25 (10,82%)	0,705 <sup>b</sup>
No	199 (88,05%)	206 (89,18%)	
Número de tomas diarias	1,9 ± 0,8	2,1 ± 0,9	0,306 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> ANOVA    <sup>b</sup> Chi-cuadrado de Pearson bilateral    \* Toma más de 5 medicamentos

**Tabla 1:** Análisis de las variables independientes con respecto al grupo adherente y al incumplidor.

No existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables independientes (edad, sexo, convivencia, número de medicamentos y número de

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

tomas diarias) entre la muestra del grupo adherente y del incumplidor, tal y como se observa en la tabla 1.

**DISCUSIÓN**

A pesar de tratarse de un colectivo de personas activas, la práctica totalidad de quienes participaron en el estudio toman habitualmente algún medicamento (96,4%). Este dato es ligeramente superior al descrito en el informe del Imsero sobre las personas mayores en España realizado en 2014 (88,9% entre 65 y 74 años y 93,4% en mayores de 75)<sup>12</sup>. Uno de los motivos por el que nuestro valor es elevado podría ser que quienes no toman medicamentos tienen menor interés en acudir a un stand uno de cuyos principales atractivos es informar sobre medicamentos.

También llama la atención en nuestro estudio el elevado número de personas mayores que viven solas (34%) con respecto a los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística en el mismo año en que se realizó el estudio (2015)<sup>13</sup>. Si bien no disponemos de los datos concretos de Bizkaia, es probable que la situación no sea muy diferente a la del resto del Estado y que la diferencia detectada en nuestra muestra se deba más bien a que en ella no están representados los ancianos residenciados y a que en el ámbito comunitario es más probable que vivan solos quienes permanecen activos y muestran interés por los aspectos relacionados con el envejecimiento activo, es decir nuestra población de estudio.

El porcentaje de mujeres (73,1%) también es más elevado que el de la población de Bizkaia (58,4%)<sup>14</sup>. Dado que esta situación también se reproduce entre quienes acuden a las farmacias, este hecho podría deberse a que son ellas quienes suelen ocuparse de

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

adquirir los medicamentos, por lo que es plausible que muestren más interés por los temas relacionados con la medicación y por participar en un estudio de este tipo.

La edad media de nuestra muestra (74,6 años) es similar a la de la población de Bizkaia mayor de 65 años (76,0 años) y la pequeña diferencia encontrada puede explicarse fácilmente, por la menor probabilidad de que las personas muy mayores permanezcan activas y muestren interés por los aspectos relacionados con el envejecimiento activo.

El porcentaje de sujetos que consumen más de cinco medicamentos en nuestro estudio, 11,0%, es menor que en el realizado por Ibarra et al en 2013 (29,0%)<sup>15</sup>. El ámbito del citado estudio fueron los hospitales y centros sociosanitarios, por lo que resulta razonable que una población como la nuestra, con una suficiente autonomía y calidad de vida como para acudir a un evento como Nagusi presente un menor porcentaje de polimedicación. Así, nuestro dato es mucho más próximo al que describen Núñez et al. en la población sobre la que realizan su estudio, cuyas características son más próximas a la nuestra, al tratarse del total de personas mayores de 65 años que residen en un área geográfica (incluyendo así, tanto quienes poseen una buena autonomía y calidad de vida como la minoría residenciada o que acude a un hospital)<sup>9</sup>.

El grado de incumplimiento obtenido es bastante elevado 50,5% y coincide con el reflejado en el informe sobre adherencia a tratamientos prolongados de Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> (50%). También es muy próximo al hallado por Nuñez et al. (51,7%)<sup>9</sup> y Escamilla et al (47,6%)<sup>10</sup>.

En algunos de los trabajos publicados si que se establece una relación inversa entre el grado de adherencia y el número de comprimidos diarios, hallándose diferencias

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

significativas entre las personas que tomaban 5 o menos comprimidos diarios que las que tomaban más de 5<sup>8</sup>. Sin embargo, igual que sucede en nuestro caso, en el estudio publicado por Escamilla y cols. no se apreció una relación estadísticamente significativa entre el número de fármacos prescritos y la adherencia<sup>10</sup>.

La falta de adherencia en las personas mayores puede ser justificada por el deterioro cognitivo y de las habilidades verbales. Cabría pensar que aún se presentará menor adherencia si los tratamientos son complejos. Sin embargo, como ya se ha mencionado en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo adherente y el incumplidor con respecto a las variables número de medicamentos diarios y número de tomas al día. Esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes de nuestra muestra no tiene una gran complejidad en sus tratamientos, ya que de media toman 3,2 medicamentos (sólo un 11,0% de los pacientes utilizaban más de 5 medicamentos) y el número medio de tomas diarias es de 2,0.

Tal como hemos hallado en nuestro trabajo, otros factores, bastante estudiados, como la edad o el género<sup>8-10</sup> no parecen influir en el grado de adherencia, aunque Rodríguez Chamorro y cols<sup>16</sup> sí que observaron que las mujeres eran mejores cumplidoras.

También algunos estudios evalúan la influencia del tipo de convivencia, Schmitt et al en su investigación realizada en farmacias, coinciden con nosotros en que las diferencias encontradas no tienen significación estadística<sup>17</sup>. Sin embargo, Núñez et al si que evidenciaron que la adherencia es menor entre los ancianos que viven solos<sup>9</sup>. Este hallazgo puede justificarse por el hecho de que los pacientes que viven solos no tienen el apoyo de una persona a su lado para recordarle la toma de la medicación. Sin

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

embargo, dado que nuestro estudio se ha realizado en un colectivo con un alto grado de autonomía, es razonable que este factor no tenga una gran influencia.

Aunque dadas las características del mismo, no se ha evaluado este dato en nuestro estudio, uno de los principales motivos de la falta de adherencia es la falta de información de los pacientes sobre sus tratamientos<sup>18</sup>. El farmacéutico comunitario que es el último contacto con el paciente con el sistema sanitario antes de iniciar la toma de la medicación y el profesional de la salud más próximo y accesible para los pacientes ambulatorios puede desempeñar un importante papel en la mejora de la adherencia<sup>16,19,20</sup> ya que pueden actuar como refuerzo positivo aclarando las dudas sobre el tratamiento y apuntando la posología<sup>10</sup>.

**CONCLUSIONES**

Las personas mayores que acuden al salón Nagusi muestran un nivel de adherencia al tratamiento farmacológico similar al descrito por la OMS y al detectado en otros estudios en los que se empleó la misma herramienta de medida.

Las variables independientes estudiadas, no influyen significativamente en el grado de adherencia, lo que puede facilitar el diseño de intervenciones desde la farmacia comunitaria para optimizarla en este tipo de población.

***Los resultados preliminares de este trabajo se presentaron en formato poster en el 20 Congreso Nacional Farmacéutico.***

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

❖ ORIGINAL

**BIBLIOGRAFÍA**

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. WHO, Geneva (2002).
2. INE Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España 2014–2064. Notas de prensa. [citado 24 mar 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
3. Bilbao Exhibition Centre (BEC). Nagusi. [citado 2 mar 2017]. Disponible en: <http://nagusi.bilbaoexhibitioncentre.com/>
4. El farmacéutico.es. Profesión y cultura. Éxito del servicio de SPD en el mayor evento expositivo para personas mayores del norte de España. [citado 15 feb 2017]. Disponible en: <http://elfarmacéutico.es/index.php/noticias-actualidad-farmacéutica/itemlist/tag/salon%20nagusi>
5. Ruiz-Fernández MD, Hernández-Martínez D, Fernández-Leyva A, López-Cano M. Factores implicados en la adherencia terapéutica en pacientes con fibromialgia. Eur J Invest Health. 2015; 5(2):165-73.
6. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. Aten Primaria. 2009;41(6):342-8.
7. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Review of the Test Used for Measuring Therapeutic Compliance in Clinical Practice. Aten Primaria. 2008; 40(8):413-8.

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

8. Gutiérrez-Angulo ML, Lopetegi-Uranga P, Sánchez-Martín I, Garaigordobil-Landazabal M. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Rev Calid Asist. 2012;27(2):72-7.
9. Núñez AJ, Montiel A, Martín E, Torres B, Lara C, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados de 65 años con prescripción por principio. Atención Primaria. 2014;46(5): 238-45.
10. Escamilla JA, Castañer O, Benito S, Ruiz E, Burrull M, Sáenz N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedicados, un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria. 2008;40(2):81-5.
11. Eustat: Euskal Estatistika Erakundea / Instituto Vasco de Estadística. Población de la C.A. de Euskadi por año de nacimiento, según el territorio histórico y el sexo. Última revisión: 01/01/2016. Disponible en: <http://www.eustat.eus/indice.html#axzz4WO2Z3qaL>
12. Informe 2014. Las personas mayores en España. [citado 24 mar 2017]. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf)
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares Año 2015. [citado 20 feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np965.pdf>

**Estudio observacional transversal para la evaluación de la adherencia en personas mayores: ESTUDIO NAGUSI**

Ramos Saiz E, Blas Garrido C, Portero Landa A, Del Arco Ortiz de Zarate J.

## ❖ ORIGINAL

14. Instituto Nacional de Estadística. Población por comunidades y ciudades autónomas y sexo. [citado 15 ene 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2853&L=0>
15. Ibarra O, Morillo R, Rudi N, Ventura JM, Navarro H. Adherencia en pacientes en tratamiento crónico: resultados del “Día de la Adherencia” del 2013. Farm Hosp. 2015;39(2):109-13.
16. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Rodríguez Chamorro A, Pérez EM, Amariles P, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. Pharm Care Esp. 2012; 14(4): 138-45.
17. Schimtt Junior AA, Lindner S, Helena ET. Assesment of adherence in elderly patients in primary care. Rev Assoc Med Bras 2013;59(6):614-21.
18. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras E, Castellano P, Suárez G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calid Asist. 2013;28(1):56-62.
19. Andrés JC, Andrés NF, Fornos JA. Evaluación de la intervención farmacéutica sobre cumplimiento en terapia antibiótica. Seguimiento Farmacoterapéutico. 2004;2(2):97-102.
20. Vilaplana C, González F, Ordoñana JR. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharmaceutical Care España. 2012; 14 (6): 249-55.

❖ ORIGINAL

## Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social

### Qualitative Research in Pharmaceutical Care: *Observatorio Farmacéutico Social* experience, a proposal in community pharmacy with a pedagogical and social approach

Cifuentes Posada LM<sup>1</sup>, Amariles Muñoz PJ<sup>2</sup>, Estrada Cano W<sup>3</sup>, Restrepo Lara PA<sup>4</sup>, Henao Molina C<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Química Farmacéutica. Estudiante de Maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín-Antioquia.

<sup>2</sup>Químico Farmacéutico. Docente Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

<sup>3</sup>Sociólogo. Docente Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

<sup>4</sup>Universidad de San Buenaventura. Colombia.

<sup>5</sup>Química Farmacéutica. Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

#### ABREVIATURAS

**OFS:** Observatorio Farmacéutico Social. **IAP:** Investigación-Acción-Participación

**EPS:** Entidad Promotora de Salud. **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud. **SISBEN:** Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales

Fecha de recepción 03/03//2017 Fecha de aceptación 18/07/2017

Correspondencia: Laura M. Cifuentes

Correo electrónico: milena.cifuentes@udea.edu.co

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

## RESUMEN

**Introducción:** El Observatorio Farmacéutico Social (OFS) es una propuesta investigativa en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social. Indaga sobre el uso cultural de medicamentos, plantas medicinales, educación para la salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente, en poblaciones vulnerables. En Colombia la información sobre este tema es limitada.

**Objetivo:** Documentar experiencias de vida y conocimientos relacionados con el uso de medicamentos y plantas medicinales en una población de adultos líderes comunitarios, de participación voluntaria, utilizando la propuesta de OFS.

**Método:** Propuesta de corte cualitativo, basada en la metodología participativa de *Investigación-Acción-Participación*. Para el trabajo de campo se utilizaron algunas *Metodologías interactivas de la investigación cualitativa*. La lectura de los resultados se realizó desde la mirada crítico-reflexiva de los investigadores, acorde con recomendaciones técnicas y científicas relacionadas con el uso adecuado de medicamentos.

**Resultados:** Se estructuró una propuesta de OFS, que permitió la participación de 46 mujeres. Los principales hallazgos se dieron sobre conocimientos y mitos asociados al uso de medicamentos, confianza en la atención médica, adherencia a los tratamientos y defensa por los saberes ancestrales relacionados con el uso de plantas medicinales.

**Conclusiones:** Actualmente no se encuentra información que documente la disponibilidad de un observatorio con estas características; por ello, se considera necesario continuar la estructuración y funcionamiento del OFS como una propuesta de educación popular en el uso adecuado de medicamentos y plantas medicinales y, así, contribuir al logro de resultados positivos en la terapia farmacológica.

**Palabras Clave:** *Farmacia comunitaria, Atención farmacéutica, Educación para la salud*

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

## ABSTRACT

**Introduction:** The *Observatorio Farmacéutico Social* (OFS) is a research proposal in community pharmacy with a pedagogical and social approach. The OFS seeks to investigate on cultural usage of drugs, medicinal plants, health education and disease prevention, particularly, in vulnerable populations. In Colombia, the information related to this issue is limited.

**Aim:** To document life experiences and knowledge related to the usage of drugs and medicinal plants in a population of community leaders, among whom participation is voluntary, through the OFS proposal.

**Method:** It was carried out a qualitative research proposal based on *Participatory-Action-Research* (PAR) methodology. For the fieldwork some *Interactive Qualitative Research Methodologies* were used. The results' interpretation was made from the critical and reflexive researchers' eye, following the technical and scientific recommendations about the appropriate usage of medications.

**Results:** It was structured an OFS proposal that allowed the participation of 46 women. The main findings in the OFS experience were about the knowledge and myths associated with the usage of drugs, confidence in medical care, adherence to treatments and defense of medicinal plants' usage.

**Conclusions:** Currently there is no information documenting the availability of an observatory with these features. For this reason, is considered necessary to progress in the structure and operation of the OFS as a popular education proposal in the appropriate usage of drugs and medicinal plants and, thus, contribute to the achievement of positive and safe results in the pharmacological therapy.

**Key words:** *Community pharmacy, Pharmaceutical care, Health education.*

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

## INTRODUCCIÓN

### *El Observatorio Farmacéutico Social y la farmacia comunitaria en Colombia:*

La disponibilidad, accesibilidad, calidad y, con mayor urgencia, promoción del uso adecuado de los medicamentos, son unos de los retos relevantes mundiales en salud, pues son un problema latente y creciente de salud pública<sup>1</sup>. En ello, las farmacias desempeñan un papel fundamental, pues son el primer lugar de acceso de la población a los medicamentos.

Colombia carece de una política de Estado que dictamine que la farmacia (en todas sus formas) debe estar exclusivamente a cargo del Farmacéutico, favoreciendo la existencia de figuras como Director de droguería y Expendedor de medicamentos, lo que puede significar que, en este país, las farmacias, carentes de profesional idóneo para el ejercicio farmacéutico, limiten sus actividades a la venta de productos, olvidando la labor de acompañamiento y seguimiento de la terapia farmacológica<sup>2</sup>.

El desarrollo y fortalecimiento de la Farmacia Comunitaria, además de ser un espacio para ejercicio y contribución profesional del farmacéutico, resulta clave para la implementación del modelo de salud basado en Atención Primaria. Por ello, acercar la farmacia al territorio permite, no solo el libre acceso a información confiable y oportuna sobre medicamentos, sino que hace del Farmacéutico un investigador del territorio, desde el cual puede hacer lectura de las principales necesidades en acceso y uso de medicamentos, aportando al desarrollo local<sup>3</sup>.

Debido a esta situación, se formuló un proyecto investigativo llamado Observatorio Farmacéutico Social (OFS). No se trata de un lugar mediado por la venta de medicamentos, sino que es una propuesta investigativa donde prima el ejercicio de divulgación e información relacionada con el “uso cultural de los medicamentos”, que

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

podría ser entendido como un saber popular que es construido a partir de las experiencias, el cual permanece y se multiplica con el tiempo.

De forma global, un observatorio es una herramienta que registra, procesa, analiza, investiga y difunde información, buscando visibilizar las problemáticas presentes en el territorio<sup>4</sup>. En su estructura general, cuenta con tres etapas: la primera, es el proceso de recolección y almacenamiento de la información; la segunda, es una línea investigativa que compara los datos obtenidos con información bibliográfica disponible y políticas públicas vigentes en la región, haciendo análisis que acerquen a las causas de los problemas encontrados y a sus posibles soluciones; y finalmente, la tercera etapa es sobre la difusión de la información, visibilización de los problemas encontrados y articulación con diferentes actores que puedan resolver los conflictos<sup>4</sup>.

En esta medida, esta experiencia documentada como Observatorio Farmacéutico Social, realizado en las comunas “Manrique” y “El Popular” de la ciudad de Medellín-Colombia en el año 2015, tiene como tema central el uso de medicamentos y plantas medicinales en una población de líderes comunitarios, recogiendo las experiencias y conocimientos que tienen las personas sobre su tratamiento farmacológico y sobre lo que para ellos significa ser/estar saludable. Se utiliza para ello una metodología participativa, llamada Investigación-Acción-Participación.

## CONTEXTUALIZACIÓN

### *La comunidad*

Las actividades propuestas por el Observatorio Farmacéutico Social fueron realizadas en las comunas MANRIQUE y EL POPULAR en Medellín/Colombia. A pesar de ser esta una de las ciudades capitales con mayor índice de progreso social de Colombia, según el último diagnóstico socioeconómico, estas comunas siguen siendo parte de una de

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

## ❖ ORIGINAL

las franjas de mayor pobreza de la ciudad, donde se estima que habitan 133.167 personas, en la comuna “El Popular”, y 158.877 en la comuna “Manrique”. En este territorio, determinantes de salud como empleo, vivienda y educación siguen siendo factores que se deben priorizar en las intervenciones para promover el desarrollo y el progreso local. En materia económica, predominan las personas que se ocupan de actividades asociadas a bajos ingresos salariales e informalidad laboral, y en el tema educativo son pocos los casos en los que las personas continúan sus estudios más allá de la secundaria o bachillerato<sup>5-6</sup>.

Sumado a lo anterior, el Sistema de Salud Colombiano, enfrenta en la actualidad graves problemas de tipo administrativo y presupuestal, situación que impacta en mayor medida a las comunidades de bajos recursos que deben cubrir con su dinero los servicios que no pueden ser dados oportunamente por el Estado<sup>7</sup>.

189

***Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia***

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo principal promover la salud como un derecho fundamental y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país. En su forma más elemental, está integrado por: 1) El Estado; 2) Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes administran el dinero que llega por parte del gobierno y de los afiliados; y 3) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios que prestan la atención médica<sup>8</sup>. A su vez, este sistema de salud se divide en dos categorías: Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado. La diferencia entre uno y otro está determinada según la capacidad de pago de los afiliados (figura 1).

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL



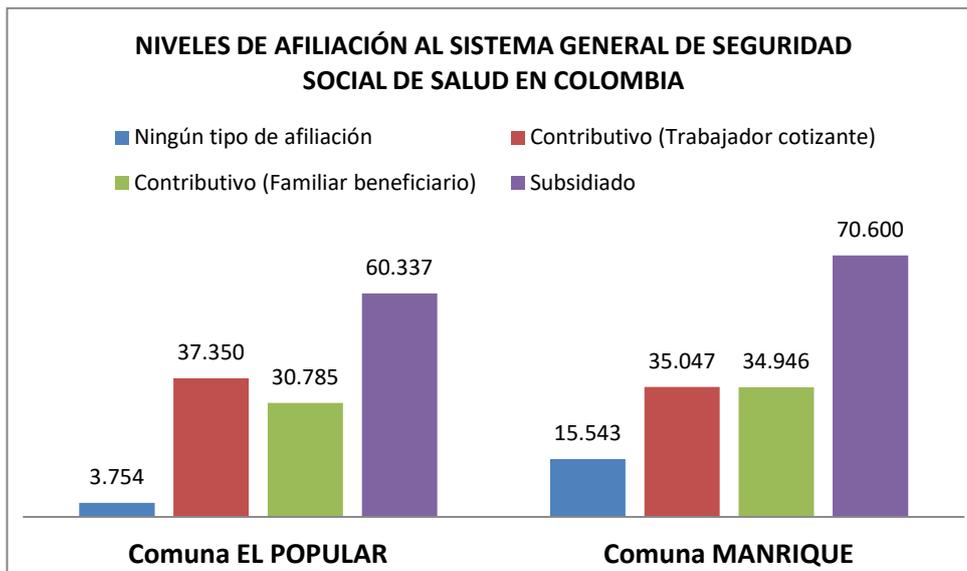
**Figura 1:** Niveles de afiliación al SGSSS<sup>8</sup>.

En el caso de las comunas “Manrique” y “El Popular”, el tipo de afiliación de la mayoría de sus habitantes es subsidiada, es decir, son personas con poca capacidad de pago. En la figura 2, se detalla el número aproximado de personas clasificadas en cada categoría según censos oficiales. En Medellín, Manrique es la segunda comuna con mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado de salud<sup>6</sup>.

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL



**Figura 2:** Niveles de afiliación al SGSSS de los habitantes de las comunas El Popular y Manrique según el diagnóstico realizado para el Plan de Ordenamiento Territorial, 2014<sup>5-6</sup>.

Este panorama, hace que la idea de salud y uso de los medicamentos, en estos contextos tan particulares, recobren interés, tanto por los resultados en salud logrados, como por ser el punto de partida para la implementación de programas de atención farmacéutica que busquen mejorar las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, la información disponible sobre la subjetividad que gira en torno a la terapia farmacológica es limitada. Por ello, el objetivo de este trabajo fue documentar experiencias de vida y conocimientos relacionados con el uso de medicamentos y plantas medicinales en una población de adultos líderes comunitarios, de participación voluntaria, utilizando la propuesta de Observatorio Farmacéutico Social.

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

## METODOLOGÍA

### ***Acercamiento al territorio y grupo de trabajo***

Como primer paso, fue fundamental contactar las organizaciones que lideran procesos sociales en cada territorio, las cuales están conformadas por grupos interdisciplinarios que trabajan por la construcción de sociedades más equitativas, estas son la *Corporación CON- VIVAMOS*<sup>9</sup> y la *Fundación Sumapaz*<sup>10</sup>.

Aunque en estas organizaciones no hay referentes previos de trabajos realizados en atención farmacéutica existe, como interés común, la importancia de la articulación colectiva para abordar la salud como un hecho integral para el cambio social. Así, fue posible contar con asesoría para el trabajo en comunidad, pues este es un campo de conocimiento nuevo para los farmacéuticos líderes de este proyecto.

### ***Investigación cualitativa y metodologías participativas en atención farmacéutica***

Una revisión bibliográfica realizada en la base de datos Medline en 2007, reveló que durante diez años (1997-2007) las investigaciones realizadas en el área de la atención farmacéutica se centraron en criterios cuantitativos. Hasta ese momento, sólo 36 referencias respondieron a las palabras claves *qualitative research or qualitative methodology in Pharmacy* versus 3869 investigaciones de tipo cuantitativo<sup>11</sup>.

En este sentido, algunos autores afirman que *“en materia de investigación médica hay una tendencia hacia la búsqueda de resultados que tengan aplicabilidad en la práctica [...] limitándose en el análisis de relaciones, significados y efectos que se producen en los actores”*<sup>12</sup>. Por esta razón, este proyecto se realiza bajo el marco de una metodología cualitativa basada en Investigación-Acción-Participación. Hasta el momento, no se encontró registro de experiencias en atención farmacéutica realizadas bajo este enfoque y, por tanto, el Observatorio Farmacéutico Social es solo una

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

aproximación al potencial que tiene la aplicación de metodologías participativas en el campo de estudio.

### ***Investigación-Acción-Participación***

La Investigación Acción Participación (IAP) es una propuesta investigativa latinoamericana. Más que una metodología, es una forma de trabajo comunitario que busca incentivar, en los participantes, procesos que los lleven a descubrir su propia realidad. A diferencia de otras metodologías comúnmente usadas en investigaciones en salud, en la IAP no hay relaciones de poder, no hay un investigador que observa y un sujeto que es observado, por el contrario, es un diálogo en el cual cada parte tiene algo que enseñar y algo que aprender<sup>13,14</sup>.

Aunque la IAP sugiere la formación de sujetos políticos, los alcances de este proyecto son limitados. Por ello, esta primera experiencia se realiza con la idea de explorar cómo una metodología participativa utilizada en las ciencias sociales puede ser también aplicada en la atención farmacéutica, haciendo que emerjan algunas situaciones ocultas de los procesos farmacoterapéuticos.

Está claro que en enfoques cualitativos la reproducibilidad del método y la rigurosidad científica descritas en paradigmas positivistas se resignifican y toman otro valor: los resultados encontrados son importantes, porque definen lo que se gesta en el interior y son la expresión más oculta de aquello que no se puede ponderar pero que determina la realidad.

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

### ***Los participantes***

Las asistentes fueron contactadas a través de bases de datos de las organizaciones sociales de apoyo. Participaron 46 mujeres, de las cuales 34 eran adultos mayores (mayores de 60 años según el ciclo de vida del Ministerio de Salud Colombiano) y 12 adultos (de 27 a 57 años). De ésta población, 37 personas tenían instaurada una terapia farmacológica para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente hipertensión arterial y diabetes (no se precisa el medicamento concreto porque algunas participantes no los reconocen por nombres). Cabe anotar que no fue intencional trabajar solo con mujeres. A las convocatorias realizadas (abiertas a todo el público), por cuestiones de tiempo y disponibilidad laboral, solo asistieron mujeres amas de casa, 17 en la comuna El Popular y 29 en la comuna Manrique.

### ***Actividades realizadas***

Las actividades a las que se hace referencia se tomaron de la guía práctica de trabajo llamada “*Metodologías interactivas para la Investigación cualitativa*”<sup>15</sup>. Esta guía propone diversas dinámicas que permiten recoger, validar y analizar información.

Entre otras, su elección se debió a que su implementación requiere de acercamientos didácticos que incentivan la expresión en las discusiones grupales, lo cual fue uno de los objetivos de este trabajo. Los temas a tratar en cada encuentro fueron propuestos por los participantes a través de un *Diagnóstico Rápido Participativo*, que consistió en una lluvia de ideas realizada entre los asistentes, donde se recogieron sus preguntas acerca de salud y uso de medicamentos, las cuales son estudiadas por los farmacéuticos y desarrolladas en la sesión siguiente con el apoyo de una estudiante de pedagogía y didáctica. La convocatoria fue de libre asistencia, cuya frecuencia estaba

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

dada según la disponibilidad de los farmacéuticos y del espacio físico que brindaban las organizaciones. A continuación, las tablas 1, 2 y 3 describen en detalle el desarrollo de cada sesión.

<b>Fecha</b>	17/04/2015
<b>Lugar/asistencia</b>	Corporación CON-VIVAMOS -COMUNA EL POPULAR-(Asistencia 28 personas).
<b>Nombre de la actividad</b>	“Tu cuerpo, mi cuerpo, nuestro cuerpo: territorio soberano y saludable”.
<b>Materiales</b>	Cuento “Wangari y los árboles de la paz” de Jeannette Winter <sup>16</sup>
<b>Objetivo</b>	1. Presentación e invitación al Observatorio Farmacéutico Social. 2. Invitar a la reflexión en torno a la importancia del cuidado de sí, los saberes ancestrales relacionados con la salud y las plantas medicinales, y a la práctica de éstos saberes como acto solidario y articulador con la comunidad.
<b>Desarrollo</b>	Actividad organizada por la corporación CON-VIVAMOS que tuvo como eje central el tema de memoria territorial para hacer oficial la apertura del Centro Comunitario Mario Montoya. El foro propuesto por el observatorio inició con la lectura y reflexión de un cuento llamado “Wangari y los árboles de la paz”, con el cual se invitaba a hacer un acercamiento hacia el significado de territorio entendido no solo como el espacio en el que estamos sino también territorio desde el cuerpo que habitamos y lo que hacemos cada día para cuidar de sí.

95

**Tabla 1:** Actividad de apertura al Observatorio Farmacéutico Social

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

Fecha	11/07/2015	29/07/2015
Lugar/asistencia	Corporación CON-VIVAMOS -COMUNA EL POPULAR- (Asistencia 10 personas).	Fundación Sumapaz - COMUNA MARIQUE- (Asistencia 36 personas)
Nombre de la actividad	Marioneta: Concepto de Salud desde la noción de cartografía corporal.	
Materiales	Papel periódico, cinta adhesiva, y materiales como vinilos, plastilina, cartón, colores, marcadores, papeles de distintos colores y texturas que promuevan e incentiven la imaginación.	
Objetivo	Posibilitar que los participantes expresen y narren las marcas, historias, vivencias experiencias e imaginarios que tienen de sí mismos a partir del mapa simbólico de su cuerpo que es representado en una marioneta, reconociendo la forma en que asumen los procesos de salud/enfermedad y la toma de medicamentos.	
Desarrollo	La actividad inicia con el reconocimiento de los asistentes: nombre y edad, seguido de ejercicios de estiramiento y calentamiento. Se le explica la finalidad de la actividad y el objetivo del Observatorio Farmacéutico Social. La construcción de la marioneta es guiada por uno de los investigadores explicando paso a paso su elaboración. A medida que se va construyendo la marioneta, se realizan preguntas orientadoras, como por ejemplo, cuál es la parte de tu cuerpo que más te gusta, cuál es la que más te preocupa, cómo cuidas de tu cuerpo, entre otros. Los asistentes también van realizando preguntas, la mayoría orientadas al uso correcto de los medicamentos, mitos y efectos adversos. La actividad finaliza con la socialización de las marionetas donde los participantes comparten su idea de cuerpo, de salud y de cuidado de sí.	

196

**Tabla 2:** Actividad “Mapas simbólicos del cuerpo”

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debido al tipo de resultados de este trabajo, se considera procedente combinar estos dos aparados. Lo que facilita que los lectores puedan acceder de forma simultánea a la

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

interpretación (reflexión) de los resultados. Además, esta forma permite, a los autores, destacar los aspectos claves de esta experiencia investigativa.

<b>Fecha</b>	04/09/2015
<b>Lugar/asistencia</b>	Corporación CON-VIVAMOS -COMUNA EL POPULAR-(Asistencia 10 personas).
<b>Nombre de la actividad</b>	Cartografía del territorio: "Ruta de la salud"
<b>Materiales</b>	Papel, cinta adhesiva, y materiales como vinilos, plastilina, cartón, colores, marcadores, papeles de distintos colores y texturas que promuevan e incentiven la imaginación.
<b>Objetivo</b>	1. Reconocer en el barrio y nuestros hogares los lugares que consideran los sitios para la salud o para la enfermedad. 2. Identificar los centros de salud, farmacias y tiendas que expenden medicamentos y personas reconocidas en el barrio por su conocimiento sobre plantas medicinales.
<b>Desarrollo</b>	La actividad inicia con el reconocimiento de los asistentes: nombre y edad, seguido de ejercicios de estiramiento y calentamiento. Se explica la finalidad de la dinámica y el objetivo del Observatorio Farmacéutico Social. La construcción del mapa se hace a partir de preguntas orientadoras que surgen a medida que avanza la actividad: cuál es el centro de salud más cercano, dónde vive el experto del barrio en el conocimiento de plantas medicinales, en qué lugares del barrio se concentran las basuras, qué hacen con los medicamentos que ya no utilizan, cuántas farmacias conocen en el barrio, entre otras. A medida que estos lugares son reconocidos, se van ubicando en un mapa simbólico del barrio que los mismos asistentes van construyendo. Al final, cada uno comparte con los demás participantes una reflexión sobre esos lugares de su territorio (el cuerpo, la casa o el barrio) que consideran espacios de vida o espacios que enferman: por ejemplo, el parque y hacer ejercicio o la concentración de basuras en las quebradas, entre otros. A cada participante se le entrega un plegable con los tres principios hipocráticos y con recomendaciones generales sobre el uso de medicamentos.

197

**Tabla 3: Actividad "La Ruta de la salud"**

Los resultados son recopilados en audios, videos, fotografías y ejercicios de escritura realizados por los asistentes. Este material es analizado en diferentes categorías reconociendo en cada una un tema central. Sobresalen discusiones que tienen que ver

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

con los mitos que giran alrededor de los medicamentos, la confianza en la atención médica, adherencia a los tratamientos y defensa por los saberes ancestrales.

Este tipo de narrativas requieren de una interpretación detallada que permitan revelar su valor científico; sin embargo, esta es una aproximación que refleja las voces de los participantes que detallan su experiencia frente al uso de los medicamentos.

***Categoría 1: Conocimiento sobre los medicamentos y experiencia en su uso como determinante de adherencia y seguridad de la terapia farmacológica.***

Uno de los resultados más importantes encontrados en este trabajo fue que la mayoría de los participantes, siendo adultos mayores y muchos de ellos polimedicados, desconocían el nombre del medicamento y/o indicación. Este hallazgo es preocupante, debido a que la información que obtienen es de familiares, amigos o internet, dando lugar a vacíos y especulaciones que ponen en riesgo su tratamiento y, sobretodo, su salud. Uno de los relatos que representa esta situación es el siguiente: ***“A mí me recetaron unas pastillas, me las tomaba pero me hacían daño... yo me las tomaba para el dolor en los riñones y el dolor de la columna... me daba mucho ardor en la boca del estómago... pero no reconozco el nombre de las pastillas”***. En esa misma línea alguien expone que: ***“Tomaba naproxeno porque me cayó mucho dolor en la espalda pero me daba mucha pereza tomármelas y tomaba más bien bebidas que yo sabía que me servían para el dolor como anamú, lengua de suegra, baños de hoja de balsa”***.

En este punto, las metodologías participativas favorecen la narración de hechos, historias y situaciones que revelan la realidad de sujetos que expresan su mundo tal y como lo viven, permitiendo conocer la forma como afrontan las terapias farmacológicas. El uso de preguntas orientadoras como ¿Qué es la hipertensión

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

arterial? refleja cómo una idea construida bien sea desde lo técnico, científico, ancestral o popular determina su actuar: ***“Yo sé que tengo hipertensión cuando se me hinchan los pies”, “queda en el corazón”, “queda por aquí” (señala su cuello a nivel de la vena yugular), “es cuando me duele la cabeza”***. En estas situaciones, la adherencia al tratamiento está condicionada por la presencia de estos síntomas, es decir, si no duele la cabeza o si no se hinchan los pies no toman el medicamento, desconociendo el significado de enfermedad crónica.

Es aquí donde debe haber un compromiso social y profesional, para que la educación en salud sea una práctica común en los programas asistenciales, cuyo fin se centre en empoderar a los sujetos, hacerlos más activos y críticos en sus procesos de salud/enfermedad y con herramientas suficientes para tomar decisiones más acertadas. En este sentido, según Carlos Eslava<sup>17</sup>, en los sistemas de salud, los profesionales han tomado los términos Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad como “muletillas”, pues, en el fondo, los esfuerzos siguen orientados hacia lo curativo, olvidando que la salud no siempre es lo contrario de enfermedad.

***Categoría 2: Credibilidad y confianza en la atención médica.***

Aunque en Colombia el sistema de salud está basado en la medicina occidental, algunas voces de la comunidad reclaman el uso de plantas medicinales, porque sienten mayor confianza en los procedimientos alternativos; sin embargo, la atención médica convencional sigue siendo exigida por la comunidad, aunque sus expectativas y preferencias en algunos casos sean otras. Al respecto se encontraron opiniones como la siguiente: ***Tengo una hija de 10 meses sufre de resfriado que se produce en una tos, a mí no me gusta darle medicamentos formulados por los doctores, le tengo más fe a las plantas naturales como el sauco, eucalipto... y le hago bebidas de estas plantas para la tos. ¿Esto es malo o bueno?***

Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.  
Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

Se identificaron algunos problemas de comunicación entre médico y paciente, donde se oculta información vital para el éxito y seguridad de la terapia, que se incluyeron en esa categoría: ***“Yo si me tomo las bebidas pero no le digo al médico”***. En este sentido, se pueden crear barreras de confianza que dan paso a la especulación y al descrédito: ***“Las mayores enfermedades que sufrimos son: la gastritis, el estrés, la migraña... enfermedades que se pueden curar con la medicina biológica, pero los médicos no la pueden recetar porque sus jefes se lo prohíben”***.

***Categoría 3: Defensa por los saberes ancestrales.***

Las actividades orientadas al reconocimiento del territorio permitieron encontrar que en la comunidad hay líderes que dominan un saber ancestral relacionado con el uso de plantas medicinales, convirtiéndolos en el primer lugar al que acuden las personas para atender sus problemas de salud. Esto es importante porque, si bien muchos de los participantes tenían prescritos tratamientos farmacológicos convencionales, no se puede desconocer la importancia que dan al uso de plantas no solo como alternativa médica, sino como una fuerte defensa del saber ancestral y, con ello, de la defensa de su historia: ***“Yo quiero que también hagamos intercambio de saberes con indígenas y personas del Chocó [Departamento del territorio Colombiano] y por supuesto entre nosotros también porque cada uno, algo sabemos. Denos un taller de fármaco y lo que de pronto nos cause daños claramente. Enseñar a hacer abonos orgánicos. Hábitos de vida saludable”***. Para la comunidad es claro que la salud va más allá de la atención médica, y que la alimentación, el trabajo digno, el deporte, las condiciones de sanidad de su territorio influyen fuertemente en su salud.

Estos resultados plantean cuestiones como, ¿los Farmacéuticos están preparados para ser educadores en salud, cuando su formación es principalmente técnica y científica? Unir los conocimientos sobre medicamentos con el acompañamiento de personas que

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

conocen el territorio, permite a los profesionales de la salud ser más integrales en su práctica. En el caso específico de los farmacéuticos, permite reconocer que, el enfoque de las intervenciones, debe trascender el medicamento, incorporando el conocimiento popular que se teje entre miedos, mitos, y la defensa de lo ancestral. Por ello, se debe favorecer la formación de profesionales comprometidos con la construcción de nuevos caminos, con capacidad de mediar entre la ciencia y la sabiduría popular, tomando decisiones que recojan todas las dimensiones del concepto de salud.

En este trabajo, se identificó información general sobre las participantes y su conocimiento previo de los tratamientos, lo que hace que se carezca de elementos para resolver preguntas como: 1) *¿Cuál ha sido el impacto de las actividades en su aprendizaje o empoderamiento con respecto a su salud o tratamiento?* Y 2) *¿Ha aumentado el conocimiento sobre los tratamientos y se han eliminado los prejuicios y los falsos mitos existentes en estas comunas, frente a los tratamientos farmacológicos clásicos?* Estas inquietudes deberían ser objeto de otros trabajos orientados a encontrar posibles respuestas a las mismas.

## CONCLUSIONES

1. Los conocimientos y experiencias vividas alrededor del uso de medicamentos cobran importancia en los tratamientos farmacológicos, debido a que es a partir de allí donde nacen significados, mitos, expectativas y credibilidad en la práctica médica, los cuales son aspectos que determinan las acciones de los pacientes con sus medicamentos y con ello el éxito o fracaso de la terapia.

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

2. El uso de metodologías participativas supone un proceso extenso que permite conocer y compartir más experiencias con la comunidad; sin embargo, este fue un ejercicio de aproximación que permite visibilizar la necesidad e importancia de los farmacéuticos como investigadores comunitarios y el aporte que da el uso de metodologías cualitativas a su saber científico.

3. Es importante la formación de los farmacéuticos como educadores en salud, pues ello determina su capacidad para comprender los diferentes significados, conocimientos y experiencias que las personas viven cada día con el uso de los medicamentos, permitiéndoles ser más asertivos en sus intervenciones.

***Los resultados preliminares de este trabajo se presentaron en formato poster en el III Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica, Medellín-Colombia 2015***

202

**Agradecimientos:** A quienes participaron en las actividades, a la *Corporación CONVIVAMOS* y *Fundación Sumapaz* por el acompañamiento. Al colectivo *El Árbol Rojo*, al Grupo de Investigación de Promoción y Prevención Farmacéutica de la Universidad de Antioquia, y al programa Joven Investigador de Colciencias, Colombia.

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Holguín G. La guerra contra los medicamentos genéricos. Un crimen silencioso. Aguilar, editor. Bogotá; 2014.
2. Moreno Romero CE. Visión histórica de la farmacia en Colombia. Apsis G, editor. Bogotá; 2007.
3. Machuca M. Seguimiento farmacoterapéutico en oficinas de farmacia [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 28]. Available from: <https://manuelmachuca.me/2015/07/29/seguimiento-farmacoterapeutico-en-oficinas-de-farmacia/>
4. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? J Epidemiol Community Health. 2003 May 1;57(5):324 LP – 326.
5. Municipio de Medellín, Corporación Con-vivamos. Plan de Desarrollo. Comuna 1. 2005-2015 [Internet]. Medellín. Municipio de Medellín; 2009 [cited 2017 Feb 28]. p. 111. Available from: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Planeacion Municipal/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/Plan Desarrollo Local/PDL COMUNA 1-2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/PlaneacionMunicipal/Secciones/PlantillasGenericas/Documentos/Plan%20Desarrollo%20Local/PDL%20COMUNA%201-2.pdf)
6. Alcaldía de Medellín. Plan de desarrollo local, Comuna 3 Manrique [Internet]. Medellín. Medellín; 2014 [cited 2017 Feb 28]. p. 156. Available from: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/Subportal del Ciudadano /Plan deDesarrollo 0 15/InformacionGeneral/Shared Content/Documentos/comunas/COMUNA3 MANRIQUE.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano/PlanDesarrollo/015/InformacionGeneral/SharedContent/Documentos/comunas/COMUNA3%20MANRIQUE.pdf)
7. El Espectador. “El sistema de salud en Colombia no es equitativo”: Marcela Vélez. Bogotá; 2016 Feb 29; Available from: <http://www.elespectador.com/entretenimiento/unchatcon/el-sistema-de-salud-colombia-no-equitativo-marcela-velez-articulo-619354>
8. Ministerio de Salud. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 28]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartilla s-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartilla-s-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf)
9. Corporación Con-vivamos. Desde la Zona Nororiental en pro de la organización comunitaria [Internet]. Medellín. [cited 2017 Feb 28]. Available from: <http://www.convivamos.org/web25w/>

**Investigación Cualitativa en Atención Farmacéutica: Experiencia del Observatorio Farmacéutico Social, una propuesta en farmacia comunitaria con enfoque pedagógico y social.**

Cifuentes Posada LM, Amariles Muñoz PJ, Estrada Cano W, Restrepo Lara PA, Henao Molina C.

❖ ORIGINAL

10. Fundación Sumapaz. Centro para el desarrollo local [Internet]. Medellín. [cited 2017 Feb 28]. Available from: <https://www.sumapaz.org/>
11. Ramalho de Oliveira D, Dupotey Varela N. La investigación cualitativa en Farmacia. Aplicación en la Atención Farmacéutica. *Brazilian J Pharm Sci.* 2008;44(4):763–72.
12. Blázquez Rodríguez M. Una etnografía en la atención sanitaria. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales.* p. 1–15.
13. Torres Carrillo A. Investigar en los márgenes de las ciencias sociales. *Folios Rev la Fac Humanidades.* 2008;(27):51–62.
14. Herrera Zgaib MÁ. La praxis de Orlando Fals Borda: Reforma y revolución de los saberes sociales. *Rev Foro (Santafé Bogotá).* 2008;(65):15–24.
15. Ghiso A, García B, González S, Quiróz A. Técnicas interactivas para la investigación cualitativa. [Internet]. Medellín. 2003 [cited 2017 Feb 28]. Available from: [http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/563/Tecnicas\\_interactivas\\_completo.pdf](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/563/Tecnicas_interactivas_completo.pdf)
16. Winter J. *Wangari y los arboles de la paz: una historia verdadera.* Ekaré, editor. Barcelona; 2011. 32 p.
17. Eslava Castañeda J. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev salud pública.* 2006;8(2):106–15.

❖ ORIGINAL BREVE

## Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer

### **Main developments in the management and treatment in patients with heart failure: what the pharmacist should know.**

Gallego Muñoz C<sup>1</sup>, Ferreira Alfaya FJ<sup>2</sup>, Sanchís Osuna L<sup>3</sup>, Urbietta Sanz E<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Farmacéutico/a Farmacia Hospitalaria. Hospital Reina Sofía (Murcia)

<sup>2</sup>Farmacéutico Comunitario. Universidad de Granada

<sup>3</sup>Médico. Universidad de Sevilla.

### **INTRODUCCIÓN**

La Sociedad Europea de Cardiología (SEC) ha publicado en 2016<sup>1</sup> las nuevas Guías de Práctica Clínica (GPC) de insuficiencia cardiaca (IC), actualizándose el diagnóstico, manejo y tratamiento de estos pacientes en relación a las guías que la precedían desde el 2012<sup>2</sup>.

El objetivo de este artículo es revisar estas recomendaciones, su nivel de evidencia y sus principales novedades.

**Fecha de recepción** 05/04/2017 **Fecha de aceptación** 28/06/2017

**Correspondencia:** Cristóbal Gallego

**Correo electrónico:** toba\_gallego@hotmail.com

**Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer**

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Sanchís Osuna L, Urbieta Sanz E.

❖ ORIGINAL BREVE

**MATERIAL Y MÉTODO**

Para responder al objetivo de nuestro trabajo se realizó una lectura crítica y exhaustiva de las dos últimas GPC publicada por la SEC, es decir, las publicadas en los años 2012 y 2016.

Los ítems analizados y cuantificados en las dos guías fueron: extensión (número de páginas, citas bibliográficas, número total de recomendaciones), número de recomendaciones por apartado (diagnóstico, tratamiento, comorbilidades, insuficiencia cardiaca aguda) y nivel de evidencia de las recomendaciones.

**RESULTADOS**

Respecto a las del año 2012, las del 2016 (ver Tabla 1) han incrementado su extensión y modificado la estructura, el título y la organización de algunos capítulos. También se ha incrementado de forma notable el número de recomendaciones, sobre todo en lo referente a los apartados de diagnóstico, comorbilidades e IC aguda.

Con respecto a las recomendaciones, las GPC de 2012 tenían una escasa proporción de recomendaciones de tipo I-A (23 %), predominando las de nivel de evidencia C (45 %) sobre las de nivel A (35 %). El incremento de las recomendaciones es sobre todo a expensas de las de nivel B (30 %) y C (49 %), siendo la proporción de las de nivel A en 2016 menor que en el año 2012 (solo un 21 %).

Las principales novedades de las GPC del año 2016 que pudieran interesar en el ámbito farmacéutico son las siguientes:

**Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer**

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Sanchís Osuna L, Urbietta Sanz E.

## ❖ ORIGINAL BREVE

***Introducción de nuevo término: “fracción de eyección del ventrículo izquierdo en rango medio”***

La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) permite describir y clasificar la IC, y clásicamente se ha diferenciado dos tipos: IC con FEVI normal o preservada (IC-FEp;  $\geq 50\%$ ) y con FEVI reducida (IC-FEr;  $< 40\%$ ). En la GPC de 2016 se ha introducido un nuevo tipo, IC con FEVI en rango medio (IC-FEm; 40-49%).

Este nuevo enfoque para clasificar a los pacientes con IC, podría ser un punto de partida para estudiar a este nuevo grupo en ensayos clínicos, y así conocer sus características clínicas particulares, pronóstico y mejor tratamiento con el que pudieran ser tratados.

***Introducción de nuevo apartado dedicado a la “prevención o retraso de la progresión a insuficiencia cardiaca”***

Se introduce un nuevo apartado de recomendaciones específicas centradas en el tratamiento de los factores de riesgo, entre los que destacan la hipertensión arterial, diabetes y dislipemias. Un control estricto de estas comorbilidades unido a cambios en hábitos de vida como evitar el alcohol y tabaco junto a la realización de actividad física, son factores que pueden prevenir y/o retrasar el inicio de la IC.

***Nuevo algoritmo de tratamiento y grupo farmacológico: inhibidores de la neprilisina y del receptor de la angiotensina II***

El nuevo algoritmo de tratamiento de la IC-FEr sigue recomendando en primera línea los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. Cuando el paciente sigue sintomático a pesar de este tratamiento óptimo, ofrece tres posibilidades: añadir ivabradina, valorar la indicación de terapia de resincronización cardiaca o sustituir el IECA por un nuevo fármaco, el sacubitrilo-valsartán.

**Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer**

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Sanchís Osuna L, Urbietta Sanz E.

**❖ ORIGINAL BREVE**

Los *Angiotensin Receptor Blocker Neprilysin Inhibitors* son un nuevo grupo farmacológico que actúa sobre los sistemas renina-angiotensina y de las endopeptidas neutras. El primero de esta clase es el LCZ696, una molécula que combina en un solo compuesto un inhibidor del receptor de la angiotensina II (valsartán) y un inhibidor de la neprilisina (sacubitrilo)<sup>3</sup>.

El estudio PARADIGM<sup>4</sup> investigó los efectos a largo plazo de sacubitrilo-valsartán, comparado con enalapril, sobre la morbimortalidad de los pacientes ambulatorios con IC-FEr sintomática ( $\leq 40\%$ , aunque posteriormente se cambió a  $\leq 35\%$  durante el estudio). Sacubitrilo-valsartán fue superior a enalapril, mostrando una reducción del 20% en la mortalidad cardiovascular, del 21% en las hospitalizaciones por IC, y del 16% en la mortalidad total. Ante estos resultados las nuevas GPC consideran indicado el uso de sacubitrilo-valsartán para los pacientes con IC-FEr que cumplen los criterios del estudio PARADIGM (entre los que destaca un filtrado glomerular estimado  $\geq 30$  ml/min), con recomendación de clase I y nivel de evidencia B.

***Novedades en insuficiencia cardiaca aguda***

No existe ninguna novedad farmacológica relevante en la IC aguda, pero hay que destacar la introducción de las recomendaciones de tratamiento diurético siguiendo los resultados del estudio DOSE. La furosemida intravenosa sigue siendo el diurético de elección y la dosis intravenosa inicial debe ser, como mínimo, igual a la dosis domiciliaria. No existe ninguna preferencia para la administración en bolos intermitentes o en infusión continua.

Una nueva recomendación hace referencia a mantener el tratamiento oral de base (IECA y betabloqueante) durante el ingreso por IC aguda, a no ser que exista alguna contraindicación absoluta para su retirada.

**Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer**

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Sanchís Osuna L, Urbietta Sanz E.

❖ ORIGINAL BREVE

**CONCLUSIONES**

El establecimiento de un nuevo grupo de pacientes, aquellos con IC-FEm, debe suponer una estimulación para los investigadores en el desarrollo de nuevos ensayos clínicos en los que se incluyan a estos pacientes, y así conocer las características clínicas de los mismos, el tratamiento óptimo con el que pueden ser tratados y el pronóstico que presentan a medio-largo plazo.

La inclusión de un nuevo apartado destinado a la prevención o retraso de la progresión a IC debe hacernos reflexionar a todos los profesionales sanitarios, a cualquier nivel asistencial, sobre la importancia de la educación en salud de los pacientes, en el contexto de la prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares.

Es importante resaltar que el tratamiento de elección en pacientes con IC-EFr sigue siendo los IECA, betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona. El tratamiento con sacubitrilo-valsartán se recomienda solo en la GPC de 2016 si el paciente permanece sintomático a pesar de este tratamiento óptimo, es decir, se debe usar la combinación de los tres fármacos a dosis plenas (excepto contraindicación en pacientes concretos) antes de recurrir al sacubitrilo-valsartán.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016; 37:2129-200.

**Principales novedades en relación al manejo y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca: lo que el farmacéutico debe conocer**

Gallego Muñoz C, Ferreira Alfaya FJ, Sanchís Osuna L, Urbieta Sanz E.

❖ ORIGINAL BREVE

2. McMurray J, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2012; 14:803-69.
3. Hubers SA, Brown NJ. Combined angiotensin receptor antagonism and neprilysin inhibition. Circulation. 2016; 133:1115-24.
4. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014; 371:993-1004.

## ❖ CASO CLÍNICO

## Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)

### Myasthenia and gout interaction: a clinical case

Díaz Gutiérrez MJ

Farmacéutica Comunitaria. Getxo.

#### RESUMEN

La miastenia es un trastorno autoinmune cuyo diagnóstico y tratamiento permite que la esperanza de vida de los pacientes no disminuya. En este caso, gracias a la intervención del farmacéutico, se evita la posible interacción entre los fármacos prescritos para un ataque agudo de gota y el tratamiento habitual de la miastenia de un paciente que acude a la farmacia.

211

#### ABSTRACT

Myasthenia is an autoimmune disorder whose diagnosis and treatment avoid patients' life expectancy to decrease. In this case, the pharmacist intervention prevents the interaction between the drugs prescribed for an acute attack of gout and the usual treatment of myasthenia for a patient who comes to the pharmacy.

Fecha de recepción 28/02//2017 Fecha de aceptación 28/06/2017

Correspondencia: M<sup>a</sup> José Díaz

Correo electrónico: marijo72@euskalnet.net

**Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)**

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

## ❖ CASO CLÍNICO

**INTRODUCCION**

La miastenia gravis es un trastorno autoinmune de la transmisión neuromuscular debido a una disminución, del número de receptores de acetilcolina en la placa motora. Se

caracteriza por debilidad y fatiga muscular, se manifiesta durante la actividad continuada y mejora tras el reposo y la administración de fármacos anticolinesterásicos. Evoluciona por lo general en forma progresiva o en brotes separados por remisiones de duración variable.<sup>1</sup>

Su diagnóstico facilita el control y tratamiento de la enfermedad permitiendo al paciente desarrollar vida normal. No siempre es fácil un diagnóstico temprano ya que el comienzo de la misma se puede confundir con otras afecciones. Una sospecha puede ser la diplopía, que en ocasiones es la forma de debut de la patología debido a la debilidad de los músculos oculares (como sucedió en el caso que presentamos). En la mayoría de los casos, gracias a su diagnóstico la esperanza de vida de los pacientes no disminuye.

Se distinguen hasta cuatro formas de presentación clínica:

*Grupo I:* Miastenia grave ocular, cuando los síntomas están restringidos a la musculatura de los ojos.

*Grupo II:* Miastenia grave generalizada, subdividida en A – leve – o B – moderada – según la gravedad del cuadro.

*Grupo III:* Forma grave y de presentación aguda, con afectación la musculatura respiratoria.

*Grupo IV:* Forma crónica, en la que pueden verse implicados los músculos de la zona pélvica y de las extremidades inferiores.

**Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)**

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

❖ CASO CLÍNICO

**PRESENTACION INICIAL DEL CASO**

Acude a la farmacia un paciente a retirar la medicación pautada para un ataque de gota. La prescripción es, colchicina 0,5mg-dicloverina 5mg en toma de dos comprimidos juntos y si no remite el ataque puede repetir la dosis en las dos horas siguientes. Este tratamiento se lo indicaron hace unos meses en una situación similar que remitió.

Ya aprovecha y solicita retirar el resto de su medicación habitual (Tabla 1).

Problema de salud	Principio activo	Dosis por presentación	Pauta médica	Dosis diaria total
Miastenia gravis	Piridostigmina	60mg	1-1-1-1	240mg
	Clopidogrel	75mg	1-0-0	75mg
Protector estómago	Ranitidina	150mg	1-0-0-	150mg

**Tabla 1:** Medicación habitual del paciente

Durante la conversación, nos comenta que no sabe muy bien por qué no le dan el antiinflamatorio que le indicaron en su primer ataque de gota (etoricoxib 60mg) y que, en su opinión, le fue mejor que la colchicina-dicloverina que le han prescrito ahora. Con el etoricoxib, el dolor le remitía más rápido y no padecía ataques tan seguidos. Últimamente sufre un nuevo episodio de gota cada semana.

**Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)**

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

## ❖ CASO CLÍNICO

Además, le suena haber leído que en casos como el suyo, con miastenia, éste medicamento no es muy recomendable.

**TRATAMIENTO DE LA GOTA**

Los valores normales de ácido úrico se sitúan entre 3,4-7,00 mg/dl en varones y 2,4-6,00 mg/dl en mujeres. Con el tratamiento se persigue mantener la uricemia <6mg/dl consiguiendo la desaparición de los tofos y de los ataques agudos. No se disponen del dato en el paciente

En el ataque agudo de gota, la colchicina resulta ser muy específico y eficaz, cuyo principal inconveniente son los efectos gastrointestinales debido a su pauta de administración. Este es un factor por el cual muchos autores prefieren el uso de AINE como tratamiento de elección, se suele recomendar la indometacina y se evitan los salicilatos.

La colchicina a dosis bajas (0,5-1mg/día) puede ser eficaz en tratamiento preventivo. En esta circunstancia se prefiere antes que los AINE por sus potenciales efectos adversos.

Los medicamentos correctores de la hiperuricemia se utilizan para mantener los niveles de ácido úrico controlados. Se recomienda iniciar el tratamiento con un uricosúrico como la benzbromarona pero en la práctica clínica, es el alopurinol el más utilizado.

Comprobamos que, efectivamente, la colchicina-dicicloverina, está contraindicada en el caso de miastenia. Esto es debido a que la dicicloverina es un fármaco

**Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)**

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

❖ **CASO CLÍNICO**

anticolinérgico (que combinado con la colchicina busca disminuir sus posibles efectos adversos) que puede disminuir la eficacia de la piridostigmina. Esto podría desencadenar un agravamiento de la patología de base aumentando la debilidad muscular, diplopía, etc.

**INTERVENCIÓN**

Ante esta situación, nos planteamos dos objetivos a solucionar.

1-La contraindicación de la colchicina-dicicloverina que podría empeorar su estado de salud

2-La idoneidad de establecer un tratamiento con alopurinol

Remitimos al paciente a su médico para que valore la prescripción de colchicina 0,5 ó 1mg en los ataques agudos de gota y la idoneidad de establecer un tratamiento preventivo para espaciar o evitar la continuidad de los mismos y, a su vez, mantener los niveles de ácido úrico en valores normales. Para ello contactamos telefónicamente con el médico y le exponemos el caso, sugiriendo una revisión del tratamiento tras el hallazgo de la potencial interacción con su patología de base

El paciente vuelve a hablar con nosotros para comentar que su médico ha aceptado nuestra intervención y decide modificar el tratamiento. En la tabla 2 podemos ver los cambios de tratamiento.

El paciente Nos agradece la intervención y dice que pasará a comentar cómo se encuentra.

Tras la intervención farmacéutica vemos que el tratamiento del paciente se ha modificado. Ha sustituido colchicina 0,5mg-dicloverina 5mg por Colchicina 0,5mg y añadido el alopurinol 100mg para regular los niveles de ácido úrico.

Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

❖ CASO CLÍNICO

Problema de salud	Principio activo	Dosis por presentación	Pauta médica	Dosis diaria total
Miastenia gravis	Piridostigmina	60mg	1-1-1-1	240mg
	Clopidogrel	75mg	1-0-0	75mg
Protector estómago	Ranitidina	150mg	1-0-0-	150mg
Hiperuricemia	Alopurinol	100mg	0-1-0	100mg
	Colchicina 0,5mg	0,5mg	2 en el ataque agudo	1mg

**Tabla 2:** Nuevo estado de situación

En cuanto a la medicación que utilizaba de forma crónica no hay variación.

Pasado un tiempo, el paciente nos comenta que no ha vuelto a tener un ataque agudo de gota y que mantiene controlados sus niveles de ácido úrico. Su miastenia está estable y no refiere nuevos síntomas.

**DISCUSIÓN DEL CASO**

Nos encontramos ante una potencial reacción adversa con agravamiento de una enfermedad de base, como la miastenia, al tratar un proceso agudo, la gota.

Es una situación que requiere mucha atención y conocimiento de la enfermedad del paciente ya que en la mayoría de las ocasiones percibimos interacciones entre principios activos pero en este caso es el inicio de tratamiento con un nuevo medicamento el que puede empeorar su proceso crónico.

**Caso Clínico: Miastenia e interacción con otra patología asociada (gota)**

Cifuentes Díaz Gutiérrez MJ

## ❖ CASO CLÍNICO

En este caso el empeoramiento de la miastenia no se ha producido y debido a la intervención desde la farmacia se ha resuelto el potencial problema de salud. Además hemos conseguido, tras la remisión al médico, que se establezca un tratamiento adecuado para la hiperuricemia, evitando constantes ataques agudos de gota.

El farmacéutico puede desempeñar un papel importante en el control y tratamiento de esta enfermedad evitando y previniendo problemas de efectividad y seguridad y en la adecuación y mantenimiento de hábitos de vida saludables.

**BIBLIOGRAFÍA**

1-Orestes Herrera L. Miastenia Gravis: Diagnóstico y tratamiento. Revista Archivo Médico de Camagüey. Camagüey. 2009; 3 (5)

2- Pascual Gómez E. Hiperuricemia y gota. IT del Sistema Nacional de Salud. 2009; 33 (4)110-115

3- NIH. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Miastenia gravis.

217

[Última actualización: Dic.2016; Disponible en [http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/miastenia\\_gravis.htm](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/miastenia_gravis.htm)

4-Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe Técnico Miastenia gravis. Madrid; 2008. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/informe\\_miastenia.pdf](http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/informe_miastenia.pdf)

5- Sociedad Española de Reumatología [internet]. Guía Clínica del manejo de la gota; 2013. Disponible en <http://www.ser.es/guia-de-manejo-de-la-gota/>

6- AEMPS [internet]. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/pestanias.do?metodo=accesoAplicacion>

## ❖ CASO CLÍNICO

## Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

### Detection of adverse effects in the medium and long-term benzodiazepines in elderly patients, optimization of pharmacotherapy from community pharmacy.

Mora Ortiz de Apodaca P<sup>1</sup>, Maciá Gómez C<sup>1</sup>, Espinosa Orts J<sup>1</sup>, Mora Ortiz de Apodaca JJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Farmacéutico adjunto. Farmacia Mora (Guardamar del Segura)

218

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

##### Fecha 01/01/2017

Paciente perteneciente al servicio de SPD de 96 años que desde hace una semana sufre un desequilibrio en su estado de salud que alerta a sus familiares, sufre un cuadro de letárgica, pérdida del equilibrio y una caída la noche anterior al intentar ir al aseo, hasta la fecha la paciente era capaz de realizar las actividades de la vida cotidiana por sí sola, necesitando desde la aparición de este cuadro, ayuda por parte de sus familiares, decidimos realizar una evaluación de la farmacoterapia, teniendo en cuenta, que en la última semana (24/12/16) se le ha añadido a su tratamiento habitual, un nuevo medicamento para el insomnio (Lexatin 1,5 mg (1-1-1)).

Fecha de recepción 26/04//2017 Fecha de aceptación 07/06/2017

Correspondencia: Pablo Mora

Correo electrónico: farmaciamoraguardamar@gmail.com

**Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.**

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

Además realizamos recomendaciones higiénico-dietéticas y educación a los cuidadores de qué hacer ante una hipotensión o una caída y adiestramos en la toma de glucemias y tensión arterial.

Fecha: 01/01/2017				Paciente: Carmen Escarpa Gómez							
Sexo: Mujer			Edad: 96 años			IMC: 36			Alergias: Metamizol		
Problemas de Salud				Medicamentos Evaluación							
Inicio	P.S.	Control	Preocupa	Inicio	Medicamento	Pauta Prescrita	Pauta usada	N	E	S	Clasificación PRM
2012	Hipertensión	P	N	2012	Openvas 40/25 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	N	Inseguridad Cuantitativa
>10 años	Insomnio	B	N	24/12/16	Lexatin 1,5 mg	1-1-1	1-1-1	S	S	N	Inseguridad Cuantitativa
>10 años	Depresión	P	N	>10 años	Dumirox 50 mg	0-0-1	0-0-1	S	N	N	Inseguridad Cuantitativa
>10 años	Dolor	P	S	>10 años	Paracetamol 650 mg	A demanda	A demanda	S	N	S	Inefectividad Cuantitativa
>10 años	Prevención 1ª	P	S	>10 años	Adiro 100 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
>10 años	Prevención 1ª	P	S	>10 años	Omeprazol 20 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
¿?	Obesidad	P	N								Problema de salud no tratado
12/01/17	Mareos/Caída	B	N								Posible RAM

219

**Tabla 1: Estado de situación inicial**

**Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.**

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

Comunicamos con su médico de atención primaria para advertir del estado de la paciente y de nuestro plan a seguir, informándole en todo momento del estado de la paciente, a lo que accede de buen grado.

Fecha	Parámetros biológicos, valoración y comentarios
02/01/17	T.A. 110/ 53 Pulso 72 Glucemia Capilar 113 mg/dl Tª 36,4 °C Tira de orina Negativo Estado general desorientación, pérdida de equilibrio, mareos y caída. Imposibilidad para caminar más de 10 metros sin ayuda. Creatinina en sangre capilar 1,2 mg/dl? IFG (fórmula MDRD-4): 44,37 ml/min/1,73m2. Posible IR Moderada.
03/01/17	TA 114/49 Pulso 74 Estado general desorientación, pérdida de equilibrio, mareos y caída. Imposibilidad para caminar más de 10 metros sin ayuda.
04/01/17	TA 105/56 Pulso 68 Estado general desorientación, pérdida de equilibrio, mareos y caída. Imposibilidad para caminar más de 10 metros sin ayuda.
05/01/17	TA 109/64 Pulso 71 Estado general desorientación, pérdida de equilibrio, mareos y caída. Imposibilidad para caminar más de 10 metros sin ayuda.

**Tabla 2:** Intervenciones farmacéuticas

Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

## ❖ CASO CLÍNICO

### FASE DE ESTUDIO Y EVALUACIÓN

Realizaremos una revisión en base a una selección de los criterios STOPP-START<sup>2</sup> y guías sobre el manejo de la polimedicación.

1-. **Hipertensión Arterial** (CIE9 401.9 Hipertensión esencial no especificada) ☐

**Openvas Plus 40/25 mg** (40 mg de Olmesartan + 25 mg de Hidroclotiazida) (EC09DA Antagonistas de Angiotensina II y Diurético.) **Posible PRM Inseguridad Cuantitativa**

**La dosis de Olmesartan podría ser excesiva recomendamos realizar prueba de la función renal y juicio clínico para considerar la reducción a 20 mg de Olmesartan.** Un efecto aumentado de los fármacos antihipertensivos puede estar ocasionando el cuadro de **hipotensión, hipotensión ortostática, mareos, pérdida del equilibrio y caídas.**

2-. **Insomnio** (CIE9 780.52 Insomnio Nocturno) **Lexatin\* 1,5 mg** (Bromazepam 1.5 mg) (N05BA Derivados de las Benzodiazepinas.) **Posible PRM Inseguridad Cuantitativa.**

\*Lexatin no aparece indicado en ficha técnica para el insomnio, siendo en la hoja de tratamiento la patología para la que está prescrito, al hablar con su médico de atención primaria, indica que el medicamento fue prescrito ya que los familiares refieren que la paciente presentaba crisis de ansiedad posiblemente producidas por la depresión que sufre desde hace años y que le dificultan la conciliación del sueño.

Teniendo en cuenta el criterio nº1 STOPP 2014 Aumento de riesgo de caídas. En personas mayores de 85 años, reevaluar necesidad de terapia con benzodiazepinas. **Se cumple si se tratase con benzodiazepinas y aparecen efectos sedantes ya que pueden reducir el nivel de conciencia u deterioran el equilibrio.** Recomendamos **valorar la**

Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

necesidad de esta benzodiazepina y pensar en realizar un cambio a una benzodiazepina de acción corta, Zolpidem o Zopiclona para evitar la sedación excesiva durante el día.

3-. **Depresión** (CIE9 311 Trastorno Depresivo, no clasificado bajo otros conceptos) **Dumirox 50 mg** (Fluvoxamina 50 mg) (EN06AB Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) **Posible PRM Inseguridad Cuantitativa.**

Teniendo en cuenta los criterios BEERS 2015 - Valorar reducir fármacos con efectos sedantes. La administración de antidepresivos (tricíclicos o ISRS) junto con otros dos fármacos depresores del SNC, incrementa el riesgo de caídas. **Recomendamos evitar el uso de antidepresivos junto con dos o más depresores del SNC, reducir el número de fármacos depresores del SNC.**

## FASE DE INTERVENCIÓN

**Fecha del 02/01/2017 al 05/01/2017**

Se realizan visitas domiciliarias para evaluar el control de parámetros biológicos y valorar el estado de la paciente, se forma a los educadores en la forma de realizar la toma de tensión arterial, así como la necesidad de que la paciente se encuentre bien hidratada y pautas para evitar nuevas caídas.

Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

RNM (P.S.)	Fármaco	Clase RNM	PRM	Observaciones
Hipotensión Ortostática	Openvas Plus 40/25 mg	Inseguridad Cuantitativa	Dosis Elevada	-Dosis superior a la necesaria del medicamento.
Sedación y caídas	Lexatin 1,5 mg	Inseguridad Cuantitativa	Dosis Elevada  Reacción Adversa	-Pauta superior a la necesaria del medicamento.  -Medicamento inseguro para la paciente  -Interacción con antidepresivo.
Sedación y caídas	Dumirox 50 mg	Inseguridad Cuantitativa	Interacción	-Interacción con benzodiazepinas de vida larga.

**Tabla 3:** Principales PRM propuestos como posible causa de la sintomatología

Fecha 06/01/2017

Informe a su médico de atención primaria indicando los resultados obtenidos en nuestras intervenciones y nuestras recomendaciones farmacoterapéuticas:

**1. Reducción de dosis por posible efecto hipotensor excesivo que puede producir caídas y mareos. (INSEGURIDAD CUANTITATIVA)**

Openvas plus 40/25 mg (1-0-0) ☒ Openvas 20/25 mg (1-0-0)

**2. Sustitución terapéutica por posible exceso de sedación que puede producir caídas, sedación diurna y mareos. (INSEGURIDAD CUANTITATIVA)**

Lexatin 1,5 mg (1-1-1) ☒ ~~010~~ Ipidem 5 mg (0

Detección de efecto adverso a benzodicepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

Fecha: 09/01/2017				Paciente: Carmen Escarpa Gómez							
Sexo: Mujer				Edad: 96 años		IMC: 36			Alergias: Metamizol		
Problemas de Salud				Medicamentos Evaluación							
Inicio	P.S.	Control	Preocupa	Inicio	Medicamento	Pauta Prescrita	Pauta usada	N	E	S	Clasificación PRM
2012	Hipertensión	P	N	09/01/2017	Openvas 20/25 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
>10 años	Insomnio	B	N	09/01/2017	Zolpidem 5 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
>10 años	Depresión	P	N	>10 años	Dumirox 50 mg	0-0-1	0-0-1	S	N	S	Inefectividad Cuantitativa
>10 años	Dolor	P	S	>10 años	Paracetamol 650 mg	A demanda	A demanda	S	N	S	Inefectividad Cuantitativa
>10 años	Prevención 1ª	P	S	>10 años	Adiro 100 mg	0-1-0	0-1-0	S	S	S	
>10 años	Prevención 1ª	P	S	>10 años	Omeprazol 20 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
¿?	Obesidad	P	N								Problema de salud no tratado

224

**Tabla 4:** Nuevo Estado de Situación

**Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.**

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

**Fecha 09/01/2017**

El médico de atención primaria acepta nuestras sugerencias y accede a reducir la dosis de Olmesartan y suspender el Lexatin, a su vez decide tratar el insomnio nocturno con Zolpidem 5 mg administrado al acostarse, además nos indica que continuemos con las tomas de tensión para evaluar el cambio del antihipertensivo y nos refiere que si las cifras de tensión arterial superan 140 / 90mmHg le derivemos el caso para evaluar a la paciente, así como si aparecen signos de ansiedad o agitación durante el día.

En la tabla 5 se detallan las intervenciones realizadas

Fecha	Parámetros biológicos, valoración y comentarios.
10/01/17	TA 108/56 pulso 72 Vigilancia expectante hasta mejoría del estado general de mareo y pérdida del equilibrio.
11/01/17	TA 115/54 pulso 68 Vigilancia expectante hasta mejoría del estado general de mareo y pérdida del equilibrio.
12/01/17	TA 129/59 pulso 67 Se aprecia mejoría del estado general.
13/01/2017	TA 141/64 pulso 71 La paciente es capaz de caminar distancias cortas con un andador e ir al aseo por su cuenta.
14/01/2017	TA 134/54 pulso 66 Mejoría clínica del estado de salud, la paciente se encuentra mejor.
15/01/2017	TA 132/58 pulso 71
16/01/2017	TA 129/54 pulso 66

**Tabla 5: Intervenciones Farmacéuticas**

Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

## RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN

Fecha 23/01/2017

La paciente ya no sufre mareos, pérdidas de equilibrio ni caídas, las cifras de tensión arterial están en rangos adecuados, tiene más vitalidad durante el día y el insomnio nocturno sigue sin controlar.

## COMENTARIOS

La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, población con un mayor riesgo de reacciones adversas, debido a cambios fisiológicos, fragilidad y comorbilidad<sup>1</sup>.

Según una reciente revisión sistemática, aproximadamente una de cada cinco prescripciones realizadas en atención primaria en personas mayores es inapropiada. La polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos se han convertido en un problema de salud pública de primer orden<sup>2</sup>.

La atención farmacéutica ha demostrado reducir la prescripción inapropiada y los problemas relacionados con medicamentos<sup>3</sup>.

La revisión de la medicación debe considerarse parte de la evaluación multifactorial en pacientes con riesgo de caídas, fundamentalmente aquellos con caída previa o con alteraciones de la marcha y/o equilibrio<sup>4</sup>, la prescripción debe adaptarse a la situación del paciente a lo largo de su vida<sup>5</sup>.

**Detección de efecto adverso a benzodiazepinas de vida media larga en paciente anciano, optimización de la farmacoterapia desde la farmacia comunitaria.**

Mora Ortiz de Apodaca P, Maciá Gómez C, Espinosa Orts J, Mora Ortiz de Apodaca JJ

❖ CASO CLÍNICO

**BIBLIOGRAFIA**

- 1-. Deprescripción. INFAC [Internet]. 2012; 20(8):[46-52 pp.]. Available from: [http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/INFAC\\_vol\\_20\\_n\\_8.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_vol_20_n_8.pdf)
- 2-. Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana C. Ancianos frágiles polimedcados: ¿es la deprescripción de medicamentos una salida? Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X1200060>
- 3-. Patterson S, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 10:CD008165
- 4-. Delgado Silveira E, Montero Errasquin B, Munoz Garcia M, Velez-Diaz-Pallares M, Lozano Montoya I, Sanchez-Castellano C, et al. [Improving drug prescribing in the elderly: A new edition of STOPP/START criteria.]. Revista española de geriatría y gerontología. 2014. Epub 2014/12/04. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START.
- 5-. Gavilán E, Jiménez L, Villafaina A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. FMC. 2013; 20(1):22-6.

## ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

María González Valdivieso

Farmacéutica Comunitaria. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España

## Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models.

Bardet J, Vo T, Bedouch P, Allenet B.

Res Social Adm Pharm. 2015; 11(5):602-622.

---

La Farmacia Comunitaria está evolucionando hacia la prestación de nuevos servicios profesionales farmacéuticos y el éxito en la implementación de estos servicios, requiere un cambio de paradigma de todos los profesionales de la salud implicados.

El desarrollo de los Servicios Profesionales Farmacéuticos debe fundamentarse en la colaboración entre los profesionales de atención primaria, ya que es una necesidad para la población, dado que la farmacoterapia de los pacientes polimedicados puede ser optimizada gracias a esta cooperación.

El impacto de la práctica colaborativa Médico-Farmacéutico Comunitario (PCPC) es difícil de evaluar ya que existen pocos estudios que arrojen resultados clínicos de peso.

Esta revisión ha tenido como objetivo identificar los modelos teóricos que se han desarrollado para entender la PCPC, las herramientas asociadas y determinar los predictores esenciales para el desarrollo de esta práctica.

La investigación se centró en resúmenes de Pubmed / Medline, PsycINFO, Sociological Abstracts, y CINAHL escritos en Inglés y publicados desde enero de 1990 hasta junio de 2013, y donde las palabras clave se basaron en la terminología común de las relaciones existentes entre los profesionales sanitarios y la Farmacia Comunitaria.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL  
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

De los 1545 artículos individuales identificados, 16 artículos fueron revisados finalmente y se identificaron cuatro modelos específicos de colaboración centradas en PCPC: (1) Collaborative Working Relationship Model, Modelo de Colaboración relacionado con el trabajo (CWR), (2) Modelo conceptual de colaboración GPCP, (3) CP Attitudes towards Collaboration with GPs Model (ATC-P) actitudes del Farmacéutico Comunitario (FC) hacia la colaboración con el Médico y (4) actitudes del Médico hacia la colaboración con el FC (ATCGP).

El análisis de estos cuatro modelos de PCPC muestra que sus respectivos factores podrían cubrir los mismos conceptos como son los determinantes relacionales y de interacción; y cuyos elementos clave fueron: confianza, interdependencia, percepciones y expectativas sobre el otro profesional sanitario, habilidades, intereses de colaboración en la práctica, definición de roles y comunicación.

Los resultados de esta revisión han planteado los determinantes esenciales que pueden ayudar a Médicos, Farmacéuticos, Gerentes y Autoridades Sanitarias a implementar iniciativas de colaboración.

Los modelos específicos sobre las PCPC, revelan que la colaboración es un proceso complejo, voluntario y dinámico y que tiene unos condicionantes críticos para el proceso de colaboración durante la organización y la interacción, como son la definición de los roles, la disposición a colaborar y la comunicación abierta y bidireccional. Además, se ha observado que los principales conceptos discutidos en los modelos específicos sobre las PCPC son la confianza y la interdependencia y que además se necesita una mejor comprensión sobre la influencia que tienen estos factores en cada una de las partes.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta revisión concluye que el éxito en la implementación de los Servicios Farmacéuticos Colaborativos necesita de más áreas de investigación sobre el desarrollo de estrategias de cooperación que mejoren la confianza e interdependencia entre Médicos y Farmacéuticos Comunitarios.

## Impact of a Medication Therapy Management Service on the Clinical Status of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Detoni K, Oliveira I, Nascimento M, Caux T, Alves M, Ramalho-De-Oliveira D.

Int J Clin Pharm. 2016; 39(1):95-103

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se sabe que alrededor del 50% de los pacientes no toman su medicación correctamente. Además, la accesibilidad a *medicamentos de alta calidad* tampoco ha sido suficiente para mejorar resultados en salud y en calidad de vida de los pacientes. Las medidas que se han venido adoptando para optimizar el uso de los medicamentos han resultado insuficientes para prevenir el aumento de la morbi-mortalidad asociada a la farmacoterapia.

Aunque algunos estudios que han revisado los autores de este artículo han demostrado el efecto positivo de varias intervenciones farmacéuticas en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), como son: la detección y asesoramiento de la enfermedad, educación sanitaria, uso correcto de dispositivos de inhalación, mejoras en la adherencia, disminución de la hospitalizaciones y mejora en la calidad de vida; ninguno de estos estudios había evaluado el impacto de la prestación del **Comprehensive Management Services** en estos pacientes. Este servicio, traducido como Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF), es el servicio clínico que se presta cuando el profesional farmacéutico, utilizando el marco teórico de la práctica del **Pharmaceutical Care**, evalúa la farmacoterapia (prescrita y no prescrita) para todos los problemas de salud del paciente con el fin de identificar y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y promover resultados óptimos para la salud.

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

### ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ante la falta de información que evidenciara el impacto del servicio de la *GIF* en pacientes con EPOC, se planteó la realización de este estudio, donde se muestran los resultados clínicos de un servicio de GIF prestado a pacientes con EPOC en Farmacias brasileñas *especializadas*. Según la OMS, la EPOC es la cuarta causa de muerte en todo el mundo y por lo tanto el manejo de estos pacientes resulta esencial, sobre todo en entornos con recursos limitados.

Tras el *análisis retrospectivo* de 83 pacientes atendidos por farmacéuticos que prestaban este servicio entre el 1 de septiembre de 2014 y el 20 de abril de 2016, se identificaron 277 PRM. Un 79,5% de los pacientes tenían al menos un PRM, con una media de 3,4 por paciente. El 36,5% de estos PRM estaban relacionados con la EPOC y se consiguió la resolución en el 55,4%. Los PRM detectados que se repitieron con más frecuencia fueron: *uso de fármacos innecesarios* (19,8%) y *necesidad de medicamento adicional* (19,5%).

La identificación de tres o más PRM fue mayor entre los pacientes polimedcados, es decir entre aquellos que tomaban cinco o más medicamentos. Este estudio ha revelado que después de la prestación del servicio de GIF la proporción de pacientes que presentaron un estado clínico estable pasó del 27% tras la primera visita, al 54% después de la segunda visita de seguimiento.

Tras la realización de este estudio, se ha demostrado que la GIF tiene un impacto positivo en los resultados clínicos de los pacientes con EPOC y refuerza la importancia de que la profesión Farmacéutica acabe por incorporar el servicio en este tipo de pacientes, priorizando a aquellos pacientes que estén en tratamiento con 5 o más medicamentos.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL  
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

## **eHealth in the future of medications management: personalisation, monitoring and adherence.**

Car J, Tan W, Huang Z, Sloot P, Franklin B.

BMC Medicine. 2017; 15(1)

Los sistemas de salud se enfrentan en todo el mundo a retos importantes, tanto en el uso como en la adherencia a los medicamentos. La personalización y el seguimiento inteligente para mejorar la adherencia, pueden ser unas de las intervenciones más eficaces para mejorar los resultados en salud de los pacientes.

La *e-Health* ofrece oportunidades para transformar cada escalón de la Gestión Integral de la Farmacoterapia (GIF) y aunque existe cierta evidencia para avalar su uso, tanto en el proceso de toma de decisiones como cuando se proporcionan recordatorios e indicaciones, se necesitan investigaciones más rigurosas.

También se hace necesario establecer el equilibrio entre una integración de las nuevas tecnologías basada en la evidencia y la experimentación constructiva que dirija este posible cambio revolucionario, necesitando para ello un enfoque concertado y transdisciplinario adaptado a los diferentes contextos sociales, para lograr que los beneficios de la eSalud se produzcan a gran escala.

Este estudio ha realizado una revisión de la literatura en PubMed de temas relacionados con la e-Health y la GIF, y aunque no es una revisión sistemática, ofrece una discusión resumida sobre el papel que la e-Health, con su amplia gama de tecnologías de información y comunicación para la salud, podría desempeñar en la atención primaria y ambulatoria. La GIF, centrándose en cómo un seguimiento personalizado e inteligente podría conducir a conseguir una mayor adherencia, teniendo en cuenta que la falta de esta adherencia puede ocurrir tanto cuando el paciente no toma la primera dosis, cuando no continúa con el tratamiento prescrito a la frecuencia o dosis recomendada, o cuando no continúa tomando los medicamentos después de un período de tiempo.

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

## ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dado que el acceso a los proveedores de Salud está cambiando gracias a las nuevas tecnologías, se podría sugerir que la revisión de la medicación para los pacientes con enfermedades crónicas que no requieran examen físico, se podría realizar de forma remota. Estas consultas remotas no sólo mejorarían la comodidad y el acceso, sino que también eliminaría distancias geográficas y potencialmente reduciría brechas socioeconómicas.

Las aplicaciones de telefonía móvil, ya están actuando como fuente de información y cada vez lo harán más y mejor, potenciando la alfabetización en salud, proporcionando y reforzando la educación sobre temas como el modo en el que actúan los medicamentos, los efectos secundarios y las posibles contraindicaciones.

La *cibersalud* está transformando el proceso de toma de decisiones, el intercambio de información y la educación del paciente. Además como los datos de salud pueden ser capturados a través de *wearables*, se ofrecerá una mejor identificación de las personas que necesiten apoyo adicional o bien un cambio de tratamiento.

Se presenta la oportunidad de obtener un nuevo nivel de conocimiento sobre una amplia gama de parámetros que afectan directa o indirectamente a los resultados de salud de la población, al mejorar la calidad y la exhaustividad de los datos y reunir un gran número de variables de datos recolectadas digitalmente, se mejorarán los modelos predictivos y los enfoques de estratificación para una gestión más precisa de los medicamentos.

Este artículo concluye que la implantación de la sanidad electrónica requiere en primer lugar una adecuada planificación y consideración de la relación coste-eficacia. En segundo lugar considera que la alfabetización digital es necesaria para la aceptación de la *e-salud*, ya que el conocimiento de las tecnologías puede mejorar el compromiso y la receptividad frente a los cambios, y esto es crucial para que las intervenciones digitales tengan éxito. En tercer lugar, aborda la seguridad del paciente ya que ésta no debe verse nunca comprometida, por lo que habrá que evitar que las nuevas tecnologías expongan a los usuarios a riesgos no deseados. Por último, requiere que la privacidad de los datos de salud deba reforzarse para aumentar la confianza de los pacientes en la *e-Health*