UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE FARMACIA

TESIS DOCTORAL

EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SU FIDELIZACIÓN, COSTES Y SATISFACCIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA. ESTUDIO FISFTES-PM

Patricia Bofí Martínez

Granada, 2015

Evaluación de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, su fidelización, costes y satisfacción en farmacia comunitaria. Estudio FISFTES-PM.

Memoria presentada por Lda. Patricia Bofí Martínez para aspirar al grado de Doctor.

Esta tesis ha sido realizada bajo la dirección de: Dr. D. Emilio García- Jiménez y
Dr. D. Fernando Martínez Martínez.

El doctorando Patricia Bofí Martínez y los directores de la tesis Dr. D. Emilio García-Jiménez y Dr. D. Fernando Martínez Martínez garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, Octubre 2014

Director/es de la Tesis

Doctorando

Emilio García- Jiménez

Patricia Bofí Martínez

Fernando Martínez Martínez

A mis padres, a Enrique y a mi abuela Carmen

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis ha supuesto un fascinante camino de aprendizaje que me ha ayudado a crecer como persona y como profesional, pero también ha sido un largo camino de mucho esfuerzo personal, durante el cual el apoyo de mi familia ha sido fundamental para ayudarme a seguir adelante.

Gracias a mis padres, por vuestro cariño, vuestros ánimos, vuestro siempre apoyo incondicional y por vuestro admirable ejemplo de esfuerzo, dedicación y tenacidad en la vida.

A Enrique, mi compañero en la vida, gracias por tu apoyo, comprensión, tu optimismo en todo momento y ayudarme siempre a ver la calma en medio de los problemas.

A mi abuela Carmen, por todo el tiempo que me dedicó en la vida y en mis estudios.

A Emilio García, gracias por todas las cosas que me has enseñado a lo largo de estos años, por tu apoyo, profesionalidad, dedicación y guiarme a lo largo del camino.

A Fernando Martínez, por su ayuda y profesionalidad a lo largo de estos años.

A Ana Moreno, por su amabilidad, su eficiencia y facilitarme tanto los trámites burocráticos.

A mi equipo de la farmacia, en especial a Julia, por su valiosa ayuda en el trabajo de campo.

A todos los pacientes que participaron en el estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto.

A todos los que de una u otra forma habéis hecho posible este trabajo, muchísimas gracias.

GLOSARIO

AAS: Ácido acetilsalicílico

ACV: Accidente cerebro- vascular

BMQ: Breve cuestionario de la medicación

BP: Precios de los medicamentos considerando las bajadas de precios

CNPT: Comité Nacional para la Prevención del tabaquismo

CSIF: Central Sindical Independiente y de funcionarios

CT: Colesterol total

CV: Cardiovascular- vascular

DE: Desviación estándar

DM: Diabetes Mellitus

DM1: Diabetes Mellitus tipo 1

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

ECV: Enfermedad cardiovascular- vascular

ES: Estado de situación

ESC: Sociedad Europea de Cardiología

ESH: Sociedad Europea de Hipertensión

FC: Frecuencia cardiaca

FEFE: Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles

FISFTES-PM: Estudio de Fidelización, Seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria en la farmacia de la Playa de Miramar.

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular- vascular

GB: Glucosa basal

GC: Grupo control

GES: Grupo educación sanitaria

GI: Grupo intervención

GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico

HbA1C: Hemoglobina glicosilada

HDLc: Lipoproteína de alta densidad. Conocido comúnmente como colesterol “bueno”

HS: Hábitos saludables

HTA: Hipertensión arterial

IAM: Infarto agudo de miocardio

ICA: Índice Cintura- Altura

ICC: Índice Cintura- Cadera

IF: Intervención farmacéutica

IMC: Índice de masa corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

LDLc: Lipoproteína de baja densidad. Conocido comúnmente como colesterol “malo”

Mín: Mínimo

Máx: Máximo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OTC: Over the counter. Literalmente equivale a decir en español que se vende sobre el mostrador. Los medicamentos OTC se pueden comprar sin tener una prescripción escrita por un médico.

PA: Presión arterial

PAD: Presión arterial diastólica

PAS: Presión arterial sistólica

PREV: Prevención

PRM: Problemas relacionados con los medicamentos

PS: Problema de salud

RC: Recetas crónicas

RCNRCV: Recetas crónicas para problemas de salud distintos al riesgo cardiovascular- vascular

RCRCV: Recetas crónicas para el riesgo cardiovascular- vascular

RCV: Riesgo cardiovascular- vascular

RNM: Resultados negativos de la medicación

SBP: Precios de los medicamentos sin considerar las bajadas de precios

SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation

SFT: Seguimiento farmacoterapéutico

TG: Triglicéridos

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina

UBE: Unidad de bebida estándar

UE: Unión Europea

Vi: Visita inicial

Vf: Visita final

ÍNDICE Página

1. INTRODUCCIÓN ---------- 1
1.1. Enfermedad cardiovascular-vascular ---------- 2
1.2. Coste de las enfermedades cardiovasculares- vasculares para el Sistema Nacional de Salud ---------- 3
1.2.1. ¿Cómo reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares- vasculares? ---------- 3
1.3. Riesgo cardiovascular- vascular. Concepto y valoración ----------4
1.3.1. Método SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) ---------5
1.3.2. Medidas que relacionan la grasa intraabdominal con un riesgo cardiovascular- vascular aumentado ---------- 7
1.3.2.1. Perímetro de la cintura ---------- 7
1.3.2.2. Índice cintura- cadera (ICC) ---------- 7
1.3.2.3. Índice cintura- altura (ICA) ---------- 7
1.4. Factores de riesgo cardiovascular- vascular ---------- 8
1.4.1. Factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables ---9
1.4.1.1. Edad ---------- 9
1.4.1.2. Género ---------- 9
1.4.1.3. Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular- vascular ---------- 10
1.4.1.4. Herencia ---------- 10
1.4.2. Factores de riesgo cardiovascular- vascular modificables -------10
1.4.2.1. Hipertensión arterial ---------- 10
1.4.2.2. Dislipemia ---------- 13
1.4.2.3. Diabetes ---------- 16
1.4.2.3.1. ¿Por qué la diabetes es un Factor de riesgo cardiovascular- vascular? ----------18
1.4.2.3.2. ¿Qué grupos de población tienen más riesgo de padecer diabetes? ---------- 19
1.4.2.3.3. Tratamiento de la diabetes ---------- 20
1.4.2.3.4. Prevención y control de la diabetes ----------21
1.4.2.4. Tabaquismo ---------- 22
1.4.2.5. Sobrepeso y obesidad ---------- 22
1.4.2.6. Inactividad física ---------- 25
1.5. Atención farmacéutica en pacientes con Factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular- vascular -----25

1.5.1. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con Factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular- vascular ---------- 26
1.5.1.1. Aspectos generales ---------- 26
1.5.1.2. El método Dáder en el Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular- vascular ---------- 29
1.5.2. Educación sanitaria en pacientes con Factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular - vascular ---------- 36
1.5.2.1. Alimentación ---------- 36
1.5.2.1.1. Patrón de dieta mediterránea ---------- 38
1.5.2.1.2. Beneficios de la dieta mediterránea en la salud ----- 40
1.5.2.2. Actividad física ---------- 42
1.5.2.3. Abordaje del tabaquismo desde la farmacia comunitaria ---------- 42
1.5.2.4. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con Factores de riesgo cardiovascular- vascular ---------- 43
1.6. Implantación de servicios profesionales ---------- 45
1.6.1. ¿Por qué implantar servicios profesionales en la farmacia? ---- 45
1.6.2. ¿Qué servicios se pueden implantar en la farmacia comunitaria? ---------- 46
1.6.3. El problema de la remuneración de los servicios profesionales ---------- 47
2. **JUSTIFICACIÓN** ---------- 49
3. **HIPÓTESIS DE TRABAJO** ---------- 52
4. **OBJETIVOS** ---------- 54
4.1. Objetivos generales ---------- 55
4.2. Objetivos específicos ---------- 55
5. **MATERIAL Y MÉTODO** ---------- 56
5.1. Diseño del estudio ---------- 57
5.2. Procedimiento ---------- 58
5.3. Material ---------- 61
5.4. Definición de variables ---------- 62
5.4.1. Variables del objetivo 1 ---------- 62
5.4.1.1. Variables dependientes ---------- 62

5.4.1.2. Variables independientes ---------- 63
5.4.2. Variables del objetivo 2 ---------- 67
5.4.2.1. Variables dependientes ---------- 67
5.4.2.2. Variables independientes ---------- 68
5.5. Análisis estadístico ---------- 74
5.6. Cuestiones éticas ---------- 76
6. **RESULTADOS** ---------- 77
6.1. Captación de pacientes ---------- 78
6.2. Parte clínica. Análisis descriptivo bivariante ---------- 79
6.2.1. Factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables ---79
6.2.2. Factores de riesgo cardiovascular- vascular modificables y otros parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular-vascular ---------- 80
6.2.3. Diagnóstico médico de los factores de riesgo cardiovascular - vascular modificables ---------- 82
6.2.4. Modificación del número de problemas de salud y del número de medicamentos usados (Vi- Vf) ---------- 94
6.2.5. Cumplimiento terapéutico (Test BMQ) ---------- 95
6.2.6. Educación sanitaria. Promoción de hábitos cardiosaludables -- 97
6.2.7. PRM y RNM detectados en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico (GSFT) ---------- 100
6.3. Parte de gestión. Análisis descriptivo bivariante ---------- 105
6.3.1. Análisis del grado de fidelización ---------- 105
6.3.2. Análisis del consumo de los pacientes ---------- 106
6.3.3. Análisis del grado de satisfacción de los pacientes por los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico ofrecidos ---------- 112
6.4. Análisis multivariante ---------- 116
6.4.1. Regresión logística. Riesgo cardiovascular- vascular ----------116
6.4.2. Regresión logística. Grado de fidelización ---------- 117
6.4.3. Regresión lineal. Consumo en la farmacia ----------119
7. **DISCUSIÓN** ---------- 121
7.1. Limitaciones ---------- 122
7.2. Captación de pacientes ---------- 123
7.3. Parte 1: Parte clínica ---------- 125
7.3.1. Detección de factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables ---------- 125

7.3.1.1. Edad ---------- 125
7.3.1.2. Género ---------- 126
7.3.1.3. Antecedentes de enfermedad cardiovascular-vascular ---------- 127
7.3.1.4. Herencia familiar de enfermedad cardiovascular-vascular ---------- 128
7.3.2. Factores de riesgo cardiovascular- vascular modificables y otros parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular-vascular---------- 129
7.3.2.1. Presión arterial ---------- 129
7.3.2.2. Peso e IMC ---------- 133
7.3.2.3. Porcentaje de grasa corporal ---------- 135
7.3.2.4. Glucosa basal ---------- 136
7.3.2.5. Colesterol total ---------- 138
7.3.2.6. Triglicéridos ---------- 140
7.3.2.7. SCORE ---------- 142
7.3.2.8. Otros parámetros antropométricos relacionados con el riesgo cardiovascular- vascular: perímetro de la cintura, índice cintura- cadera e índice cintura- altura ---------- 143
7.3.2.8.1. Perímetro de la cintura ---------- 146
7.3.2.8.2. ICC ---------- 146
7.3.2.8.3. ICA ---------- 146
7.3.2.9. Relación de la pérdida de peso y la mejora de otros Factores de riesgo cardiovascular- vascular ----------148
7.3.3. Cumplimiento terapéutico ---------- 149
7.3.4. Número de problemas de salud y medicamentos usados ------- 151
7.3.4.1. Número de problemas de salud ----------151
7.3.4.2. Número de problemas de salud diagnosticados por el médico ---------- 151
7.3.4.3. Número de medicamentos crónicos para el riesgo cardiovascular- vascular ---------- 152
7.3.4.4. Número de medicamentos crónicos para otros problemas de salud ---------- 153
7.3.4.5. Número de medicamentos totales ----------154
7.3.5. Educación sanitaria. Promoción de hábitos cardiosaludables -- 155
7.3.5.1. Alimentación ---------- 155
7.3.5.2. Ejercicio ---------- 156

7.3.5.3. OTC coadyuvantes en el tratamiento del riesgo cardiovascular- vascular ---------- 158
7.3.5.4. Unidad de bebida estándar (UBE) ----------158
7.3.5.5. Campaña antitabaco ---------- 160
7.3.6. PRM y RNM detectados en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico ---------- 163
7.3.7. Intervenciones farmacéuticas ---------- 164
7.3.7.1. Tipos de comunicación ---------- 166
7.3.8. Tiempo empleado por el farmacéutico/ auxiliar ----------167
7.4. Parte 2: parte de gestión ---------- 167
7.4.1. Grado de fidelización ---------- 167
7.4.2. Análisis del consumo de los pacientes---------- 169
7.4.3. Análisis del grado de satisfacción ---------- 175
7.4.3.1. Test de satisfacción 1 ----------175
7.4.3.1.1. ¿Cuánto tiempo hace que es paciente de la farmacia? ----------175
7.4.3.1.2. ¿Compra en más de una farmacia? ---------- 177
7.4.3.1.3. ¿Con qué frecuencia viene a la farmacia? ---------- 177
7.4.3.1.4. ¿Conoce a alguno de nuestros farmacéuticos por el nombre? ---------- 178
7.4.3.1.5. ¿Por qué eligió su farmacia? ---------- 178
7.4.3.1.6. Cuando tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos ¿Qué hace? ----------181
7.4.3.1.7. Valoración de la rapidez en la atención, profesionalidad, servicios de analíticas, consejos, cortesía, información sobre medicamentos y problemas de salud y precios ----------182
7.4.3.1.8. ¿Pagaría por los servicios que le acaban de realizar? ---------- 183
7.4.3.1.9. Pacientes que recomendarían esta farmacia a un amigo ¿Por qué? ---------- 184
7.4.3.2. Test de Armando, P. et.al. ----------186
7.5. Análisis multivariante ---------- 188
7.5.1. Regresión logística de la variable Riesgo cardiovascular-vascular ---------- 188
7.5.2. Regresión logística de la variable Fidelización ----------191
7.5.3. Regresión lineal del consumo medio ---------- 192

8. **CONCLUSIONES** ---------- 194
9. **BIBLIOGRAFÍA** ---------- 196
10. **ANEXOS** ---------- 209
11. **RESUMEN TESIS PARA TESEO** ---------- 251

ÍNDICE DE TABLAS Página

Tabla 1: Tabla SCORE ……..….. 5

Tabla 2: Clasificación de los FRCV …… 8

Tabla 3: Objetivos terapéuticos de PA y perfil lipídico en pacientes DM2 ……..….. 19

Tabla 4: Clasificación de RNM según el 3er Consenso de Granada …….……. 28

Tabla 5: Objetivos terapéuticos en pacientes en prevención primaria, prevención secundaria y diabéticos ……..…….. 35

Tablas 6, 10: Clasificación de la PA según la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología (ESH-ESC, 2007) ……..…. 63, 69

Tablas 7, 11: Porcentaje de grasa corporal en mujeres ……..…. 66, 72

Tablas 8, 12: Porcentaje de grasa corporal en hombres ……..… 66, 72

Tablas 9, 13: Equivalencia de las consumiciones en unidades de bebida estándar …… 67, 73

Tabla 14: Captación de pacientes …… 78

Tabla 15: Factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables de la población de estudio …….. 79

Tabla 16: Factores de riesgo cardiovascular- vascular modificables y otros parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular- vascular en la población de estudio ……..…… 80

Tabla 17: Pacientes con diagnostico de hipertensión, diabetes y dislipemia ……... 82

Tabla 18: Otros indicadores de riesgo cardiovascular- vascular aumentado: perímetro de la cintura, índice cintura- cadera e índice cintura- altura ……..…….. 92

Tabla 19: Mejoras obtenidas en los factores de riesgo cardiovascular- vascular de los pacientes …….…… 92

Tabla 20: Relación de la pérdida de peso con la mejora de otros factores de riesgo cardiovascular- vascular ……..……. 93

Tabla 21: Número de problemas de salud y medicamentos usado (Vi-Vf) ……..…. 94

Tabla 22: Cumplimiento terapéutico (Test BMQ) ……..…….. 95

Tabla 23: Recomendaciones higiénico- dietéticas …….…….…….….…. 97

Tabla 24: Campaña antitabaco …….…….…… 99

Tabla 25: Número de PRM y RNM …….…….……..…… 100

Tabla 26: Intervenciones farmacéuticas y tiempo empleado …….……..…. 103

Tabla 27: Tipos de comunicación …….…….. 104

Tabla 28: Adquisición de medicamentos en la farmacia. Grado de fidelización …… 105

Tabla 29: Análisis del consumo (€) ……..……. 106

Tabla 30: Media del consumo total de los 6 meses (Prueba De Mann-Whitney) ….. 111

Tabla 31: Resultados test de satisfacción 1 ……..….. 112

Tabla 32: Resultados test Armando, P.et.al …….…… 115

Tabla 33: Regresión logística. RCV ……..… 117

Tabla 34: Regresión logística. Grado de fidelización ……. 118

Tabla 35: Regresión lineal. Consumo medio de medicamentos …….. 119

ÍNDICE DE GRÁFICOS Página

Gráfico 1: Evolución del valor medio de presión arterial sistólica ……..…..... 83

Gráfico 2: Evolución del valor medio de presión arterial diastólica …… 83

Gráficos 3: Clasificación de la presión arterial …….....… 84

Gráfico 4: Evolución del valor medio de peso corporal …… 85

Gráfico 5: Evolución del valor medio de IMC …….…… 85

Gráficos 6: Clasificación del IMC ……...…….. 86

Gráficos 7: Clasificación del porcentaje de grasa corporal …….. 87

Gráfico 8: Evolución de los valores de glucosa basal …….. 88

Gráfico 9: Evolución de los valores de colesterol total ……..…… 88

Gráfico 10: Evolución del valor medio de triglicéridos ……..…. 89

Gráfico 11: Evolución del perímetro de la cintura ……..…… 89

Gráfico 12: Evolución del valor medio de índice cintura- cadera ……..….. 90

Gráfico 13: Evolución de los valores de índice cintura- altura …….…… 90

Gráficos 14: Clasificación del riesgo cardiovascular- vascular (SCORE) ……..…….. 91

Gráficos 15: Grado de cumplimiento (Test BMQ) …….…… 96

Gráficos 16: Clasificación de PRM ……...……. 101

Gráficos 17: Clasificación de RNM …… 102

ÍNDICE DE ANEXOS Página

- Anexo 1. Consentimiento informado …….…….. 210

- Anexo 2. Tabla de números aleatorios …….…….. 216

- Anexo 3. Tabla SCORE ……..... 218

- Anexo 4. Test de cumplimiento BMQ …….…… 220

- Anexo 5.1. Planning antitabaco ……...…… 222

- Anexo 5.2. Folleto informativo sobre deshabituación tabáquica ……..……. 224

- Anexo 5.3. Test de Fagerström ……...……. 225

- Anexo 5.4. Test de Richmond …….…… 227

- Anexo 5.5. Folleto "Preparándome para el día D" ……..……. 228

- Anexo 5.6. Folleto "Síndrome de abstinencia" 229

- Anexo 5.7. Folleto “Calendario de mis días sin humo” ……...……. 230

- Anexo 5.8. Folleto "Consejos para combatir el síndrome de abstinencia" ……. 231

- Anexo 6. Calendario sobre hábitos de vida saludables ……..…. 232

- Anexo 7. Cuestionario de satisfacción 1 ……...…… 233

- Anexo 8. Cuestionario de satisfacción 2 …….….. 234

- Anexo 9. Estado de situación …….…….. 235

- Anexo 10. Objetivos terapéuticos ……..…….. 236

- Anexo 11. Hoja de recopilación de datos ……..……. 238

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR- VASCULAR

Las Enfermedades cardiovasculares- vasculares son la principal causa de muerte en España[1, 2] y en el mundo[3].

Según el informe presentado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en Marzo del 2012[4], las ECV causaron el 31,2% de los fallecimientos producidos en España durante 2010, lo que supone un total de 119.063 fallecimientos (990 menos que el año anterior).

Tras las muertes provocadas por las enfermedades del corazón se sitúan las relacionadas con el padecimiento de tumores en el 28,1% de los casos (107.188 en total), y del sistema respiratorio en el 10,5% (40.231 muertes).

Entre las enfermedades cardiovasculares- vasculares, las de mayor prevalencia fueron las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica, las primeras, principal causa de muerte en mujeres y la segunda, en hombres.

Cabe destacar que cada vez es más preocupante el hecho de que la enfermedad cardiovascular- vascular sea más prevalente y más mortífera en la mujer que en el hombre. Esto se debe a la percepción equivocada de que las ECV afectan principalmente a los hombres.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística[4], aunque las enfermedades cardiovasculares- vasculares siguen siendo la principal causa de muerte en España, se ha mantenido su tendencia descendente año tras año en la última década, representando de un 34,5% en 2001 a un 30,5% en 2011 de las defunciones totales en España.

Según la Sociedad Española del Corazón[2] esta disminución en el número de muertes por enfermedad cardiovascular- vascular se debe a las campañas de concienciación y a la mejora en el tratamiento y la prevención de estas enfermedades, por lo que éste debe ser el camino a seguir por las sociedades médicas, fundaciones, y todos los profesionales sanitarios.

Aún así, se trata de un descenso pequeño y éstas siguen siendo la primera causa de muerte en España y las responsables de más de uno de cada tres fallecimientos, lo

que constituye una cifra de prevalencia muy elevada, por lo que queda mucho camino por recorrer.

Según la OMS, en una nota informativa en Septiembre del 2012[3], cada año mueren más personas en el mundo por enfermedades cardiovasculares- vasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 25 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y ACV, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte[3].

1.2. COSTE DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES- VASCULARES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El gasto que suponen las enfermedades cardiovasculares- vasculares para el Sistema Nacional de Salud es de más de 9.000 millones de euros al año, una cantidad que se eleva hasta los 192.000 millones en el conjunto de la Unión Europea (UE). El tratamiento de estas patologías se traduce en un 7,1 por ciento de todo el gasto sanitario nacional, lo que pone de manifiesto que las enfermedades cardiovasculares-vasculares son la mayor carga económica tanto en nuestro país como en la Unión Europea[5].

1.2.1. ¿Cómo reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares-vasculares?

El impacto de las enfermedades cardiovasculares- vasculares, según el número de enfermos y el uso de servicios sanitarios aumentará en los próximos años debido al envejecimiento de nuestra población[1]. Por ello es de máxima prioridad llevar a cabo actividades con eficacia demostrada para prevenir estas enfermedades, tanto a nivel poblacional por las administraciones sanitarias públicas, como de forma individualizada sobre los pacientes por parte de médicos, enfermeros y farmacéuticos.

Al menos un 80% de las muertes prematuras por cardiopatía y ACV podrían evitarse con una dieta saludable, actividad física regular y abandono del consumo de tabaco[1]. Es posible reducir el riesgo de ECV realizando actividades físicas de forma regular, evitando la inhalación activa o pasiva de humo de tabaco, consumiendo una dieta rica en frutas y verduras, evitando los alimentos con muchas grasas, azúcares y sal, y manteniendo un peso corporal saludable.

Según la OMS[3], la forma de prevenir y controlar las ECV es a través de una acción global e integrada:

Una **acción global** requiere la combinación de medidas que traten de reducir los riesgos en la totalidad de la población y de estrategias dirigidas hacia los individuos con alto riesgo o que ya padecen la enfermedad. Como ejemplos de intervenciones poblacionales que permiten reducir las ECV se pueden citar las políticas globales de control del tabaco, la creación de vías para peatones y bicicletas con el fin de fomentar la actividad física, el suministro de comidas saludables en los comedores escolares,…

Las **estrategias integradas** se centran en los principales FRCV, la diabetes y el cáncer: dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco.

Uno de los puntos básicos para disminuir la problemática global de las ECV se basa en actuar sobre los factores de riesgo cardiovascular- vascular, fomentando unos hábitos de vida saludables. En este sentido, la farmacia comunitaria española es un establecimiento sanitario que por su cobertura y proximidad permite una gran accesibilidad para el paciente. En ella, el farmacéutico comunitario y su equipo, como profesionales de la salud, pueden desarrollar un papel primordial en la prevención, cribado y control de estas enfermedades[6], contribuyendo a un mejor control de los FRCV y educando al paciente en unos hábitos más saludables.

1.3. RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR. CONCEPTO Y VALORACIÓN

La Guía Europea de Prevención cardiovascular- vascular 2012[7] recomienda el uso del sistema SCORE para la estimación del riesgo cardiovascular- vascular.

El sistema SCORE estima el riesgo a 10 años de un primer evento aterosclerótido mortal, como infarto, ictus, aneurisma de aorta u otros[7].

La importancia de la valoración del RCV es que permite **identificar** 4 grupos de riesgo: bajo, moderado, alto y muy alto, **priorizar** las actividades de prevención cardiovascular- vascular (primaria o secundaria) y **definir** la intensidad con la que deben ser tratados los factores de riesgo cardiovascular- vascular.

La **prevención primaria** está orientada a las personas sin ECV, con el propósito de evitar la aparición de casos nuevos; mientras que la **secundaria**, se destina a los

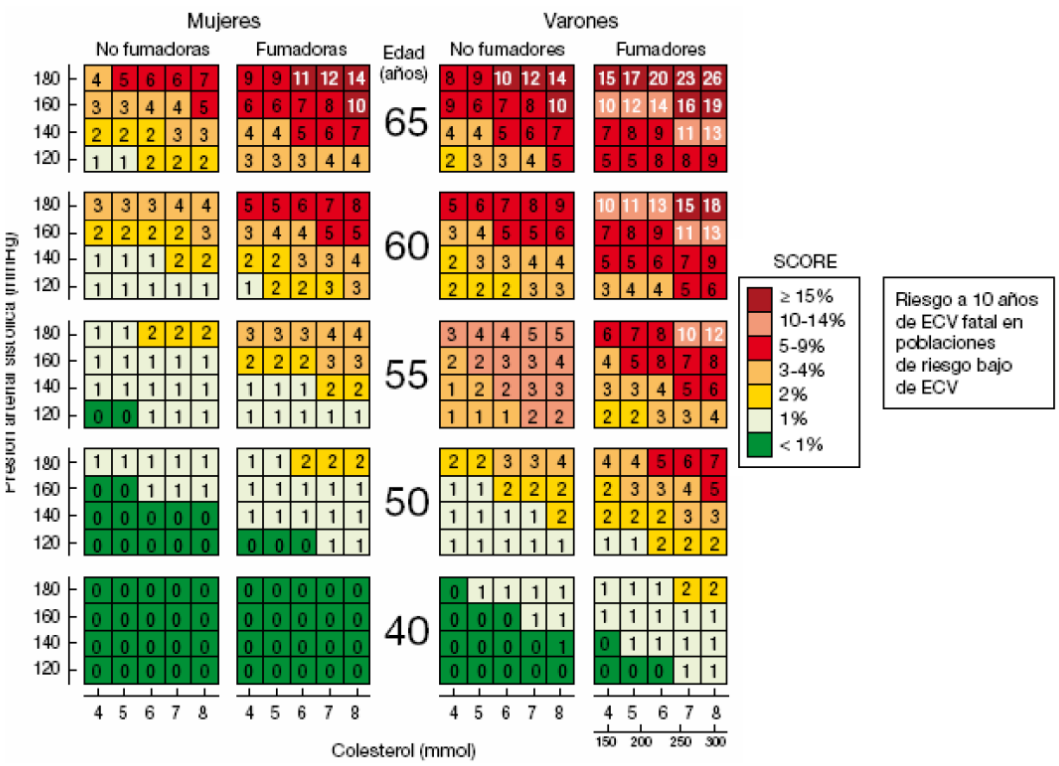
pacientes que han sufrido un episodio cardiovascular- vascular previo, con el fin de evitar su muerte o el desarrollo de nuevos episodios de la enfermedad.

1.3.1. Método SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation)[1,7,8,9]

La Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular y las guías actuales, recomiendan la Tabla SCORE para calcular el RCV[1,7].

La Tabla SCORE[1,7,10] predice el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular-vascular (ECV) fatal en poblaciones con riesgo bajo de ECV, según los factores de riesgo siguientes: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.

Tabla 1: Tabla SCORE[1,7,9,10]



El sistema SCORE deriva de un proyecto que incorporó 12 cohortes de distintos países europeos, incluida España, con 205.178 personas, entre los años 1970 y 1988, y un total de 2,7 millones personas- año de seguimiento con 7.934 muertes cardiovasculares- vasculares.

Las tablas varían dependiendo del riesgo estimado para la población en la que se utilice, alto o bajo riesgo. Las tablas de bajo riesgo se deben utilizar en Bélgica,

Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, España, Suiza y Portugal; las tablas de alto riesgo deben utilizarse en el resto de países de Europa[1].

Para estimar el riesgo de muerte cardiovascular- vascular que tiene una persona a lo largo de 10 años a través de la Tabla SCORE, hay que buscar en la Tabla la parte que corresponde al sexo, edad y hábito tabáquico del paciente. A continuación, se localiza la celda de la tabla más próxima a la PAS (mmHg) del paciente y su colesterol total (mmol/l o mg/dl).

Además, a través de la Tabla SCORE, puede apreciarse el efecto de la exposición a los factores de riesgo a lo largo de la vida, siguiendo por la tabla hacia arriba. Esto puede utilizarse al aconsejar a personas jóvenes. La Tabla también puede utilizarse para ilustrar el efecto del control de algún FRCV, por ejemplo, se puede comparar el riesgo cardiovascular- vascular que tendría un paciente que deje de fumar, o si consigue controlar la PA < 140/90 mmHg o si consigue rebajar el nivel de colesterol[1].

Clasificación del RCV según SCORE

La clasificación que hace la Tabla SCORE para poblaciones de bajo riesgo[7]:

- **Riesgo bajo:** Estimación SCORE <1% y ausencia de otros cuantificadores que indicarían un riesgo moderado.
- **Riesgo moderado:** Estimación SCORE ≥1% y <5%.
- **Riesgo alto:** Sujetos con cualquiera de estos factores: Factores de riesgo específicos marcadamente elevados, como dislipemia familiar e hipertensión grave; DM1 o DM2, pero sin factores de riesgo cardiovascular- vascular ni lesión de órgano diana; enfermedad renal crónica moderada (Tasa de filtrado glomerular 30-59/ml/min/1,73m^2); una estimación SCORE ≥5% y <10% para el riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular- vascular mortal.
- **Riesgo muy alto:** Sujetos con cualquiera de los siguientes factores: ECV documentada en pruebas invasivas o no invasivas (como angiografía coronaria, imagen nuclear, ecocardiografía de estrés, placa carotidea por ultrasonidos), infarto de miocardio, SCA, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización coronaria) y otros procedimientos de revascularización arterial, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica; DM1 o DM2 con uno o más factores de riesgo coronario o lesión de órgano diana (como microalbuminuria 30-300 mg/24h); enfermedad renal crónica grave (Tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min/1,73m^2); una estimación SCORE ≥10.

Las tablas SCORE son el método de medida de RCV, recomendado por la La Guía Europea de prevención Cardiovascular[1,7,10], pero además de estas tablas existen otros métodos antropométricos adecuados para la medición del RCV que relacionan la grasa intraabdominal con el RCV.

1.3.2. Medidas que relacionan la grasa intraabdominal con un riesgo cardiovascular- vascular aumentado

La distribución de la grasa en el organismo tiene un gran impacto en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares- vasculares y en la aparición de diabetes. El mayor riesgo es el exceso de grasa intraabdominal, lo que conlleva la aparición de alteraciones cardiometabólicas como aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y trastornos del metabolismo glucídico que pueden conducir a diabetes, ataques al corazón y fallos cardiovasculares- vasculares.

Indicadores de riesgo cardiovascular- vascular hay muchos, pero entre los más usados de los científicamente probados encontramos la circunferencia de la cintura, el índice cintura-cadera y el índice cintura-altura[11].

1.3.2.1. Perímetro de la cintura

A través de la medición del perímetro de cintura se puede averiguar si hay un mayor riesgo cardiovascular- vascular debido al exceso de adiposidad intraabdominal. En el caso europeo los niveles de riesgo se sitúan por encima de los 88 centímetros en las mujeres y 102 centímetros en los varones[12].

1.3.2.2. Índice cintura- cadera (ICC)[13,14,15]

El índice cintura-cadera (ICC) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros).

La OMS establece unos niveles normales de 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular- vascular aumentado**.**

1.3.2.3. Índice cintura- altura (ICA)[16]

Un reciente estudio afirma que el índice de cintura- altura es el mejor indicador de riesgo cardiovascular- vascular, ya que puede utilizarse con igual validez en ambos sexos y a cualquier intervalo de edad[11].

Para determinarlo sólo es necesario dividir la circunferencia de la cintura por la altura en centímetros. Si se obtiene un resultado superior a 0,5, el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares- vasculares asociadas a la grasa localizada en el abdomen es elevado.

El ICA ha demostrado una buena correlación con el riesgo cardiovascular- vascular y además, si nos detenemos a analizar el mismo, parece lógico pensar que no es el mismo riesgo tener una cintura de 70 cm para quien mide 1,50 metros que para quien mide 1,80 metros de altura.

Por lo tanto, podríamos estar ante un nuevo y más efectivo indicador de riesgo cardiovascular- vascular, fácil de medir y de determinar[11].

1.4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

Se considera factor de riesgo cardiovascular- vascular a aquellos hábitos, patologías, antecedentes o situaciones que desempeñan un papel importante en las probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular- vascular, en un futuro más o menos lejano, en aquellos individuos que la presentan.

Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una ECV.

Los FRCV se clasifican en no modificables, modificables y contribuyentes. El control del mayor número posible de ellos, mediante cambios en el estilo de vida y/o tratamientos precoces, puede reducir el riesgo de ECV.

Tabla 2: Clasificación de los FRCV

FRCV no modificables	FRCV modificables	FRCV contribuyentes
- Edad - Género - Antecedentes personales de ECV - Herencia	- HTA* - Dislipemia* - Diabetes* - Tabaquismo - Obesidad* - Inactividad física	- Estrés - Hormonas sexuales - Anticonceptivos orales - Alcohol

**Alteraciones que forman parte del síndrome metabólico*

De todos los factores de riesgo, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la dislipemia y la diabetes son los más determinantes o importantes en el desarrollo de la ECV. Por ello reciben el nombre de factores de riesgo cardiovascular- vascular mayores y modificables.

1.4.1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR NO MODIFICABLES

• **1.4.1.1. Edad**: el riesgo de sufrir una ECV, aumenta con la edad, siendo más notable a partir de los 55 años en los hombres y de los 65 en las mujeres.
Se ha demostrado que la arteriosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana y puede tardar entre 20 y 30 años hasta llegar al punto donde las arterias coronarias están suficientemente bloqueadas para provocar un ataque cardiaco u otros síntomas. Sin embargo, las ECV no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo. Hay muchas personas con 90 años y más con corazones saludables y vigorosos, así como sociedades en las que los ataques cardíacos son raros incluso entre los muy ancianos

• **1.4.1.2. Género**: Hasta no hace muchos años se consideraba que las enfermedades cardiovasculares- vasculares afectaban mayoritariamente a los hombres, sin embargo, según datos de la Sociedad Española de cardiología (25-10-2012) las enfermedades cardiovasculares- vasculares causan la muerte a un 8% más de mujeres que de hombres en nuestro país y son además, la principal causa de muerte de las mujeres españolas.
Los ataques cardiacos en personas jóvenes son sufridos principalmente por varones, y aumentan en forma lineal con la edad. Los hombres por debajo de los 50 años tienen una incidencia entre 3 y 4 veces más elevada de afecciones cardiovasculares-vasculares que las mujeres en ese rango de edad. En las mujeres las complicaciones clínicas de la arteriosclerosis aparecen con 10-15 años de retraso con respecto al hombre.

Estas diferencias entre hombres y mujeres se deben seguramente a los estrógenos que disminuyen la concentración de LDLc, posible razón por la que las mujeres en edad fértil son menos propensas a las ECV. A todo ello debemos añadir el importante papel que juegan los factores de riesgo y los hábitos de vida. Antiguamente,

el **tabaco** era consumido sobre todo por los hombres, pero esta tendencia se está invirtiendo sobre todo entre la población joven. Además, las mujeres presentan mayor incidencia de **obesidad** y **diabetes que los hombres** después de la menopausia[17].

• **1.4.1.3. Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular- vascular:** las personas que han padecido una ECV presentan una mayor probabilidad de volver a sufrir un nuevo episodio de ECV.

• **1.4.1.4. Herencia**: el riesgo de ECV aumenta si algún familiar de primer orden (padres o hermanos) ha desarrollado o ha muerto por una ECV a edad temprana (menor de 55 años en hombres o de 65 en mujeres).

Se estima que el riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad, es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. En cambio, parece ser que la cuestión genética influye en menor medida en las mujeres.

Todavía está por aclarar si la correlación entre antecedentes familiares de cardiopatías y el mayor riesgo cardiovascular- vascular se debe solamente a factores genéticos o es más bien la consecuencia de la transmisión de unos hábitos y estilo de vida de padres a hijos. Aunque la herencia genética de ECV no se puede cambiar, sí se pueden tomar medidas para minimizar las probabilidades de sufrir un ataque cardiaco.

1.4.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR MODIFICABLES

• 1.4.2.1. Hipertensión arterial

La HTA es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida. La HTA tiene consecuencias sobre el corazón y otros órganos:

- La hipertensión supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardiaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.

  En aquellos pacientes que ya han tenido un problema cardiovascular- vascular, la hipertensión puede intensificar el daño.

- Propicia la arterioesclerosis (acúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (pueden producir infarto de miocardio o infarto cerebral). En el peor de los casos, la hipertensión arterial puede reblandecer las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte).
- Cuando las arterias se vuelven rígidas y estrechas, el riego sanguíneo resulta insuficiente y provoca la aparición de infartos cerebrales (ictus o accidente vascular cerebral isquémico). La elevación de la presión arterial también puede causar la rotura de una arteria y ocasionar una hemorragia cerebral (ictus o accidente vascular cerebral hemorrágico).
- La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de desecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales y agua.

  Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones de flujo sanguíneo que resultan de la HTA y sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la PA en el intento de restaurar el flujo renal y produciéndose así un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal, pudiendo llegar a fallo renal.
- Si afecta a las arterias de las piernas causa dolor al caminar.
- Si daña las arterias de la retina provoca alteraciones en la visión.
- En los hombres puede ser causa de impotencia.

La mayor parte de los hipertensos son esenciales, debido a la acción conjunta de varios factores: herencia, constitución, raza, factores psicológicos, tipo de alimentación y hábitos de vida. Tan sólo en 5 de cada 100 pacientes existe hipertensión arterial secundaria.

La HTA afecta a casi un 40% de los adultos en los países desarrollados[18,19]. En el caso de España, la prevalencia de adultos con HTA es de aproximadamente un 35%, llegando a un 40% en edades medias y a más de un 60% en pacientes mayores de 60 años. Pero el problema no acaba aquí ya que se estima que un 34% de individuos tienen niveles de PA no hipertensivos, pero tampoco óptimos. Además no todos los pacientes con tratamiento antihipertensivo están controlados, se estima que sólo el 29,5% de pacientes tratados con fármacos están controlados lo que se traduce en un 16,3% de pacientes hipertensos totales controlados[18,19].

Se prevé que el progresivo envejecimiento poblacional y la epidemia actual de obesidad podrían elevar la prevalencia de HTA en los próximos años.

El tratamiento de la hipertensión debe ser la suma de medidas farmacológicas (si el médico valora su necesidad) y medidas no farmacológicas (siempre).

Existen 5 clases principales de fármacos para el tratamiento de la HTA: diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARAII. Además, se dispone de alfabloqueantes, de fármacos de acción central y de vasodilatadores arteriales directos[18].

[18]Independiente del fármaco escogido para iniciar la terapia, se debe utilizar la dosis más baja disponible a fin de reducir posibles efectos adversos. Si hay respuesta, pero aún insuficiente para los valores buscados, se puede optar, ya sea por aumentar la dosis, considerando su buena tolerancia, o bien, agregar otro medicamento para potenciar la eficacia hipotensora minimizando los posibles efectos colaterales.

Si con el primer fármaco se observa poca o nula respuesta, o aparición de claros efectos adversos, es preferible cambiar a otro de una clase totalmente diferente antes que aumentar la dosis o agregar un segundo medicamento.

Se debe preferir utilizar fármacos de acción prolongada (24 hrs), de dosis única, a fin de aumentar la adhesión al tratamiento y lograr un control más sostenido de la presión arterial. El tratamiento se tomará habitualmente en la primera hora de la mañana.

En los grupos de pacientes de riesgo alto y muy alto, el tratamiento se debe iniciar inmediatamente de confirmado el diagnóstico.

Los grupos de riesgo medio y bajo iniciarán medicamentos según el grado de control logrado con las medidas no farmacológicas tanto de la presión arterial como de otros factores de riesgo presentes.

[18]Las medidas no farmacológicas dirigidas a cambiar el estilo de vida deben ser instauradas en todos los hipertensos o individuos con PA normal- alta, bien sea como tratamiento de inicio (riesgo añadido bajo-moderado), o bien complementando el tratamiento farmacológico antihipertensivo. El propósito de dichas medidas es reducir la PA y prevenir el desarrollo de la ECV.

Las medidas no farmacológicas generales son:

- Control del peso corporal: Mantener el peso ideal (IMC 20-25 kg/m^2)
- Numerosos estudios demuestran que reducir la cantidad de sodio en la dieta reduce la presión arterial. La sal es necesaria en el organismo en pequeñas dosis, pero si se sobrepasa la cantidad adecuada se puede producir retención de líquidos y aumento de la presión arterial. Necesitamos 1,25 g de sal al día y tenemos que tratar de mantener su ingesta por debajo de los 6 g al día (1 cucharilla de café): 6 g de sal = 2,5 g de sodio = 2.500 mg de sodio[20].
- Moderación en el consumo de alcohol: No tomar más de 2 copas de vino al día (125-250 centímetros cúbicos).
- No tomar productos que contengan bases xánticas: café, té, productos para adelgazar que contengan “quemagrasa”.
- Recomendación de la dieta DASH: Dieta rica en frutas, verdura, lácteos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada.
- Ejercicio físico: Debe hacerse un mínimo de 30-40 minutos de ejercicio físico aeróbico al día, por ejemplo caminar deprisa, tres o cuatro veces en semana.

• 1.4.2.2. Dislipemia

El colesterol y los triglicéridos son sustancias grasas (lípidos) producidas por nuestro organismo. El primero es necesario para la construcción de las membranas celulares y es un ingrediente básico en la elaboración de las hormonas y vitamina D. Los triglicéridos son nuestra mayor fuente de energía[19].

El colesterol está presente en el cerebro, el hígado, los nervios, la sangre y la bilis tanto en los humanos como en los animales. Por eso siempre se ha dicho que para reducir nuestros niveles de colesterol debemos evitar tomar alimentos de origen animal.

El hígado genera el 80% del colesterol total y el otro 20% proviene de la dieta. El colesterol es transportado desde el hígado hacia los tejidos por las lipoproteínas de baja densidad (LDL o “colesterol malo”), las células utilizan lo que necesitan y el resto permanece en el torrente sanguíneo esperando a que las lipoproteínas de alta densidad (HDL o “colesterol bueno”) lo devuelvan al hígado donde vuelve a incorporarse a las LDL.

El mecanismo de actuación de los triglicéridos y colesterol está estrechamente relacionado. Cuando la persona come, los triglicéridos se combinan con una proteína en su sangre para formar lipoproteínas de alta y baja densidad. Estas partículas de

lipoproteínas contienen colesterol. Para formar triglicéridos en el hígado el proceso es similar; el hígado toma los carbohidratos y proteínas sobrantes de la comida y los transforma en grasa, es decir el hígado transforma cualquier exceso de calorías en triglicéridos. Los triglicéridos se unen junto con el colesterol para dar lugar a las LDL y HDL.

De esta manera se va cumpliendo un ciclo que se mantiene en equilibrio si funciona correctamente. Pero todo este equilibrio puede romperse cuando la cantidad de colesterol en el torrente sanguíneo supera a la cantidad de HDL para poder recogerlo. Entonces es aquí cuando el colesterol se adhiere a las paredes de las arterias formando placas, patología que se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

[21]En el estudio HISPALIPID, representativo de los adultos que acuden a las consultas de atención primaria o especializada del Sistema Nacional de Salud (SNS), se obtuvo que uno de cada 4 pacientes que acuden a las consultas médicas de atención primaria estaba diagnosticado de dislipemia. Además, el grado de tratamiento farmacológico de la dislipidemia en las consultas españolas es moderadamente alto (73%), pero el control es bajo pues sólo uno de cada tres dislipidémicos está controlado adecuadamente. En este punto el farmacéutico puede tener un papel importante en la optimización de los resultados del tratamiento hipolipemiante.

Numerosos estudios demuestran que la disminución del colesterol en sangre conduce a una reducción en la tasa de eventos cardiovasculares- vasculares, al igual que en la mortalidad por cardiopatía isquémica y por enfermedad cardiovascular- vascular en general[22,23,24].

Según la Adaptación Española de la Guía Europea de prevención cardiovascular-vascular 2008[1], el colesterol total en nuestro entorno debe ser en general <200 mg/dl. Para pacientes en prevención secundaria o diabéticos los valores de colesterol deberían ser <175 mg/dl. Para los triglicéridos, valores superiores en ayunas a 150 mg/dl sirven como marcadores de RCV aumentado.

Según la Guía Europea de prevención cardiovascular 2012[7], en términos generales, el colesterol plasmático total debe ser <190mg/dl. En pacientes con RCV elevado, los objetivos de tratamiento deben apuntar a valores más bajos, no especificando la Guía[7] los valores de colesterol total recomendados para estos pacientes, sólo los

valores de LDLc (riesgo elevado: LDLc<100mg/dl; riesgo muy elevado: LDLc<70mg/dl o una reducción ≥ 50% del LDLc si no se puede alcanzar el valor deseable).
En pacientes diabéticos los valores de colesterol recomendados son de 175mg/dl.
Valores de triglicéridos en ayunas >150mg/dl se siguen considerando marcador de riesgo aumentado.

El tratamiento de las dislipemias se basa en tres pilares:

- Tratamiento farmacológico (si el médico lo considera necesario)
- Dieta (siempre)
- Ejercicio (siempre)

En España se usan 3 grupos de fármacos hipolipemiantes[9,19]:

- Estatinas (Simvastatina, Pravastatina, Lovastatina, Fluvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina y Pitavastatina): Las estatinas también se denominan «inhibidores de la HMG-CoA reductasa». Reducen el colesterol total, los triglicéridos, el cLDL y aumentan el cHDL.
- Fibratos (Gemfibrozilo, Bezafibrato, Fenofibrato y Binifibrato): se utilizan para reducir los niveles de triglicéridos principalmente.
- Resinas de intercambio iónico (Colestiramina y Colestipol): Las resinas capturan el colesterol que está en la luz intestinal, cortando la circulación entero-hepática. No reducen la absorción de los triglicéridos, e incluso pueden aumentarla, sobre todo en pacientes con hipertrigliceridemia. Las resinas reducen el cLDL de forma dosis- dependiente.

[8]La utilización de estatinas y de ácidos grasos poli insaturados de 3 dobles enlaces (n3) en la dieta son las intervenciones de las que existe mayor evidencia de sus efectos favorables en la disminución de los niveles de lípidos.

[8]Con los fármacos integrantes de este grupo terapéutico se puede alcanzar una disminución hasta de 70 mg/dL en los niveles de LDLc, lo que se asocia con una reducción del riesgo de coronariopatía y de accidente cerebrovascular de 60 y 17%, respectivamente.

En el tratamiento de las dislipemias, los resultados de diversos estudios respaldan la recomendación de la utilización de las estatinas como grupo farmacológico de primera opción.
Con este grupo de fármacos, independientemente del perfil lipídico inicial y de otras características, la reducción durante cincos años se asocia con una disminución del 20% en la incidencia de los eventos coronarios restringidos (angina inestable, infarto y muerte por enfermedad coronaria), de la revascularización coronaria y del ictus[19]; siendo el beneficio superior en los pacientes con un RCV absoluto más elevado.

Para que un tratamiento hipolipemiante sea efectivo, siempre debe ir acompañado de medidas dietéticas y ejercicio regular.

En nuestro país, el consumo medio de grasas saturadas es aproximadamente un 13% de las calorías totales de la dieta, cifra que se desvía de las recomendadas que ha de ser inferior al 10%.

Algunos pacientes responden mejor que otros a las dietas. [19]La respuesta a la dieta se observa rápidamente en el caso de los triglicéridos, pero en el caso del colesterol se observan tras 4-6 semanas después de haber seguido una dieta, aunque la máxima respuesta se obtiene a los 3- 6 meses. En general, el tratamiento farmacológico no debe iniciarse hasta probar durante 6 meses los efectos de la dieta (excepto pacientes con hiperlipidemia grave, los que tengan dos o más factores de riesgo o en prevención secundaria).

Siguiendo unas pautas dietéticas adecuadas y haciendo ejercicio regular, los niveles de colesterol se pueden reducir en un 5-10% y hasta un 50% los niveles de triglicéridos[25].

• 1.4.2.3. Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre, secundaria a una alteración absoluta o relativa de la secreción de insulina y/o a una alteración de la acción de dicha hormona en los tejidos insulinodependientes. La hiperglucemia crónica se acompaña de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas[26].

La OMS clasifica la diabetes en los distintos tipos[27]:

• Diabetes tipo 1

• Diabetes tipo 2
• Diabetes gestacional
• Deterioro de la tolerancia a la glucosa y alteración de la glucemia en ayunas

Diabetes tipo 1[26,27,28]: También llamada insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Se caracteriza por una destrucción de las células ß del páncreas que lleva a una deficiencia total en la secreción de insulina y que requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Los síntomas aparecen de forma brusca. Es frecuente que se diagnostique antes de los 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad.

Diabetes tipo 2[26,27,28]: también llamada no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta. Los pacientes presentan resistencia a la insulina y generalmente una relativa deficiencia de esta hormona. La etiología de este tipo de diabetes es desconocida y aunque no parecen existir mecanismos de destrucción autoinmune, sí existe una predisposición genética.
Es el tipo de diabetes más frecuente, constituyendo aproximadamente el 90% de los pacientes diabéticos, de los cuales sólo un 10 % tienen normopeso y el resto son obesos. El riesgo de padecer diabetes en el individuo adulto con un índice de masa corporal superior a 30 es cinco veces superior a cuando este índice es inferior a 25, ya que la obesidad es “per se” una causa de resistencia a la insulina. La distribución androgénica de la grasa corporal parece ser también un factor de riesgo en pacientes no obesos.

Habitualmente se diagnostica en la edad media de la vida (por encima de los 40 años), aunque en la actualidad también se está manifestando en niños y jóvenes.

La enfermedad puede estar sin diagnosticar durante años ya que el paciente no tiene ningún síntoma, sin embargo va aumentando los riesgos de padecer los problemas micro y macro-vasculares y neurológicos. El diagnóstico precoz de la enfermedad es beneficioso para el paciente, ya que suele responder bastante bien con un cambio de hábitos higiénico- dietéticos que evitan, en algunos casos, la necesidad de tratamiento farmacológico y la rápida evolución de la enfermedad.

Diabetes gestacional[26]**:** La diabetes gestacional la padecen un 2% de las embarazadas generalmente en el tercer trimestre de embarazo, esta situación

desaparece tras el parto pero son mujeres que tienen una mayor probabilidad de padecer diabetes en partos sucesivos o a edades más tardías.

Entre los factores que contribuyen al riesgo de diabetes gestacional está el embarazo después de los 35 años, la obesidad y haber tenido un hijo previo con un peso superior a los 4 Kg .Las mujeres que pesaron más de 4 Kg al nacer también tienen mayor incidencia de presentar diabetes gestacional.

Deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glucemia en ayunas[27,29] son estados de transición entre la normalidad y la diabetes, y quienes los sufren corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo 2, aunque esto no es inevitable.

- **La glucemia basal alterada** es el estadio utilizado para definir la glucemia basal que se encuentra entre la glucemia normal y la diabetes. Se define entre los márgenes de 110-125 mg/dl[30]. Estos pacientes tienen un riesgo cinco veces superior de desarrollar diabetes.
- **La intolerancia a la glucosa** es el estadio definido por una glucemia plasmática en sangre venosa de entre 140 mg/dl y 199 mg/dl[30] a las dos horas del test de tolerancia a la glucosa de 75 g. Es más frecuente en mujeres. Su prevalencia es de alrededor del 10%, aumenta con la edad, y varía en función de la raza. La intolerancia a la glucosa está asociada con un mayor riesgo que la glucemia basal alterada de desarrollar diabetes. Este riesgo es 6 veces mayor que en los normoglucémicos y hasta 12 veces mayor en caso de asociarse ambas.

1.4.2.3.1. ¿Por qué la diabetes es un Factor de riesgo cardiovascular- vascular?

Tanto si la producción de insulina es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (hiperglucemia) y va dañando progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular**:** angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardiaca súbita. El riesgo cardiovascular- vascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular- vascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto[28].

También incrementa la posibilidad de enfermedad cerebrovascular o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la glucosa no necesita insulina, ya que

penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso.

La diabetes puede dañar diferentes órganos: a los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; a los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede terminar en diálisis; al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidad de los miembros inferiores, lo que supone un grave riesgo de úlceras y amputaciones; al sistema nervioso con alteraciones digestivas, urinarias e impotencia.

Por todas estas razones, los objetivos terapéuticos de PA y lípidos que se recomiendan en pacientes con DM2 son más exigentes[1] y se resumen en la tabla 3:

Tabla 3: Objetivos terapéuticos de PA y perfil lipídico en pacientes DM2

	OBJETIVO TERAPÉUTICO	
	Guía europea prevención cardiovascular. Adaptación española CEIC 2008[1]	**Guía europea prevención cardiovascular 2012[7]**
PA (mmHg)	<130/80	<140/80
CT (mg/dl)	<175	<175
TG (mg/dl)	<150	<150

PA: Presión arterial; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos.

1.4.2.3.2. ¿Qué grupos de población tienen más riesgo de padecer diabetes?

Se aconseja realizar un estudio de prediabetes a todos los adultos con sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25) y con otro de estos factores de riesgo adicional[28, 29]:

- Sedentarismo.
- Familiares de primer grado con diabetes.
- Mujeres con diagnóstico previo de diabetes gestacional o que tuvieron un niño que nació con peso elevado (más de 4 kg).
- Hipertensos, es decir, con presión arterial por encima de 140/90 mmHg o tratados con fármacos antihipertensivos.
- Alteraciones en el colesterol.
- Mujeres diagnosticadas de ovario poliquístico.
- Alteraciones de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa en una determinación anterior.

- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina.
- Antecedentes de enfermedad cardiovascular- vascular.
- Fármacos.

• Antipsicóticos atípicos: Algunos estudios sugieren que los pacientes con esquizofrenia presentan una prevalencia de DM superior a la de la población general, pero no se conoce bien la causa.

Una revisión de 17 estudios sugiere que el tratamiento con olanzapina y clozapina se asocia con un mayor riesgo de desarrollar DM2, en comparación con aquellos pacientes que no están tratados o reciben tratamientos con neurolépticos clásicos[29].

También concluyen que se precisan más estudios comparativos entre los diferentes neurolépticos.

• Diuréticos y betabloqueantes

Esta asociación no es recomendable como terapia inicial, aunque sí puede ser adecuada en asociación con más fármacos en el tratamiento de la HTA resistente o de pacientes con enfermedad cardiovascular- vascular[14].

• Otros fármacos implicados en el desarrollo de diabetes son: glucocorticoides, anticonceptivos orales, tacrolimus, ciclosporina, ácido nicotínico, antirretrovirales inhibidores de la proteasa, hormonas agonistas de la gonadotropina, clonidina y pentamidina.

1.4.2.3.3. Tratamiento de la diabetes

Existen razones suficientes para afirmar que la consecución de un buen control de la glucemia puede prevenir eventos cardiovasculares- vasculares tanto en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)[1].

En la DM1, el control de la glucemia exige una adecuada terapia insulínica y simultáneamente consejo dietético profesional.

En la DM2, el consejo dietético profesional, la reducción de peso y el aumento de la actividad física deben ser el primer tratamiento dirigido a la consecución de un buen control de la glucemia. En caso de que la reducción de la glucemia sea insuficiente con estas medidas, se debe añadir tratamiento farmacológico[1].

1.4.2.3.4. Prevención y control de la diabetes

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe[27]:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana. Para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares- vasculares.

Existen varias revisiones[29] que analizan la eficacia de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la prevención de diabetes y morbimortalidad cardiovascular-vascular en los estados prediabéticos. Una intervención intensiva sobre el estilo de vida (dieta hipocalórica y baja en grasa), ejercicio físico (al menos dos horas y media por semana) y programa de sesiones educativas, es más efectiva que metformina y acarbosa en la prevención de diabetes en pacientes con deterioro de la tolerancia a la glucosa y la alteración de la glucemia en ayunas[29]. Las medidas no farmacológicas disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes en un 50%, mientras que las intervenciones con antidiabéticos disminuyen en un 30% el riesgo de desarrollar diabetes. Además, los antidiabéticos aumentan significativamente el riesgo de efectos secundarios (gastrointestinales, hipoglucemias).

El efecto positivo de las modificaciones en el estilo de vida se incrementa en función del peso inicial de los pacientes, así por cada aumento de 0,04 en el IMC el efecto preventivo de la dieta aumenta en un 7,3%.

Debido a la gran importancia de las intervenciones no farmacológicas en los pacientes diabéticos, el farmacéutico, por su cercanía y accesibilidad con el paciente, puede ejercer un importante papel en la educación sanitaria de estos pacientes, así como colaborar en el control y seguimiento de su medicación gracias al SFT, con el objetivo de mejorar el control glucémico y otras patologías asociadas, mejorando en último término la calidad de vida del paciente.

• 1.4.2.4. Tabaquismo[29,31,32,33,34]

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el tabaco provoca cerca de 50.000 muertes anuales en España por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. Pero además el tabaco, es también el factor de riesgo cardiovascular- vascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo.

Hay dos factores por los que el tabaco puede producir una isquemia coronaria:

–**Nicotina**. Desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) que producen daño en la pared interna de las arterias (endotelio), aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación, incrementa los niveles de LDL (colesterol malo) y reduce los de HDL (colesterol bueno). La concentración de nicotina en sangre depende más del grado de inhalación que del contenido de nicotina del propio cigarro.

–**Monóxido de carbono**. Disminuye el aporte de oxígeno al miocardio y aumenta el colesterol y la agregabilidad plaquetaria (su capacidad de unirse y formar coágulos).

Está demostrado que la mortalidad debida a enfermedades vasculares es mayor en las personas que fuman y la probabilidad de sufrir una ECV es 3 veces mayor en fumadores que en no fumadores.

En un importante estudio epidemiológico realizado en Framingham, se observó que la mortalidad por dicha causa aumentaba un 18% en los varones por cada 10 cigarrillos fumados al día, mientras que el incremento era del 31% en las mujeres. Además se ha visto que el tabaco actúa potenciando el efecto perjudicial de otros factores de riesgo.

En un estudio de cohorte (n 41.372) se evaluó la asociación entre el tabaco y el riesgo de DM2. Tras un seguimiento de 21 años concluyó que fumar menos de 20 cigarrillos por día incrementa un 30% el riesgo de presentar DM2 y fumar más de 20 cigarrillos diarios lo aumenta un 65%.

• 1.4.2.5. Sobrepeso y obesidad

Según la OMS[35], el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen al menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de

diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Según datos de la Encuesta Europea de Salud en España, realizada en 2009[36], en España, más de la mitad de las personas mayores de 18 años está por encima del peso considerado como normal. Este problema afecta en mayor medida a los hombres (62,8%) que a las mujeres (44,6%)[36].

El porcentaje de personas con obesidad alcanza el 16,0% y el de sobrepeso el 37,7%. La obesidad se acrecienta con la edad en ambos sexos (afecta al 22,7% de hombres y al 23,7% de las mujeres mayores de 54 años) y es más frecuente en hombres que en mujeres, salvo en los mayores de 65 años[36].

El sobrepeso y la obesidad, aunque comúnmente se utilizan como términos sinónimos, son dos conceptos diferentes: el primero se refiere a un estado en el que el peso excede a un estándar basado en la estatura; mientras que la obesidad corresponde a un incremento del peso corporal asociado al de la masa y la distribución de la grasa corporal, lo que contribuye a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular-vascular y general[8] .

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple que relaciona el peso y la talla y se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad[35].

$$IMC = peso\ (kilogramos) / talla\ (metros)^2$$

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades[35].

A pesar de la utilidad práctica del IMC, es importante tener presente que el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular- vascular está relacionado con el aumento de la grasa visceral (abdominal), motivo por el que se considera necesaria su determinación.

La obesidad abdominal es la que se asocia preferentemente con un riesgo incrementado de presentar enfermedad cardiovascular- vascular, diabetes tipo 2 y alteraciones de los lípidos (en especial aumento de triglicéridos y disminución del colesterol-HDL). Y es que actualmente es mucho más importante saber si una persona tiene distribución central o abdominal de la grasa que el simple dato de los kilos que figuren cuando se sube a una báscula. Se puede dar la circunstancia de que un leve sobrepeso no tenga importancia clínica, pero si la distribución de la grasa es de tipo abdominal, el riesgo cardiometabólico cambia de manera considerable[15].

La medición de la obesidad abdominal es muy sencilla y basta con disponer de una cinta métrica y medir la circunferencia de la cintura. Para que la medida sea exacta, hay que realizarla de forma adecuada:

- Directamente sobre la piel (y no sobre la ropa)
- Con el abdomen relajado (después de una espiración normal)
- Y justo por encima del borde del hueso ilíaco

Esta referencia ósea es importante, porque medir a nivel del ombligo o a la altura de las costillas puede conducir a error[15].

Tener un perímetro de cintura igual o superior a 102 cm en el hombre e igual o superior a 88 cm en la mujer se ha asociado a un riesgo de 1,5 a 2 veces más de padecer DM2, HTA, alteraciones de los lípidos y enfermedad coronaria.

Aproximadamente entre el 30-35%[15] de la población española presenta obesidad abdominal, tasa claramente superior a la de obesidad, lo que indica que hay muchos sujetos sin obesidad (pero sí con sobrepeso) que también presentan obesidad abdominal. Por eso es importante detectar a las personas con "cintura de riesgo", aunque no tengan obesidad como tal (es decir, un IMC igual o superior a 30).

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. En este aspecto el farmacéutico comunitario puede realizar una labor muy importante en la detección, prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, bien de forma individual desde la farmacia o en colaboración con el médico o nutricionista.

1.4.2.6. Inactividad física

Según la OMS[37] la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21% - 25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica

Según recomendaciones de la Fundación Española del Corazón[38], son efectivos los programas que incluyen actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana. Bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial en personas hipertensas hasta situar sus valores dentro de la normalidad. Aun cuando la reducción de los valores de tensión arterial parezca pequeña, puede ser suficiente para traducirse en una rebaja significativa de la incidencia de accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio. Además la práctica de actividad física regular, mejora los niveles de colesterol, aumenta el HDLc, disminuye los triglicéridos, mejora los niveles de glucosa ya que aumenta la sensibilidad a la insulina, evita la ansiedad, la depresión y el estrés, mantiene el peso corporal y previene la obesidad y ayuda a que el corazón funcione mejor (reduce el número de latidos por minuto y mejora su contracción).

1.5. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR O ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR-VASCULAR

En el año 2001 El Ministerio de Sanidad y Consumo definió la Atención Farmacéutica como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades[8,39].

Dentro de la Atención Farmacéutica se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico

personalizado y todas aquellas que se relacionan con el uso racional del medicamento[39].

Los pacientes con FRCV o con ECV, son pacientes idóneos para ofrecerles el servicio de SFT, por ser en su mayoría pacientes polimedicados, además de una importante labor en educación sanitaria, ya que el tratamiento de las ECV debe estar siempre acompañado por hábitos de vida saludables que pueden ser fomentados desde la farmacia.

1.5.1. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular- vascular.

1.5.1.1. Aspectos generales[40,41,42]

En 1998 se realizó en España el primer consenso de Granada sobre Atención farmacéutica donde se definió el término de PRM y se estableció una clasificación en 6 categorías. Tras la experiencia con esta definición y con esta clasificación, se actualizó en el Segundo Consenso de Granada sobre PRM, publicado en 2002.

En el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos de la Medicación (RNM), se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM, se propone un listado de PRM y una clasificación de RNM. Finalmente se adapta la definición de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en 2001, utilizando los nuevos conceptos de PRM y RNM.

Según el Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo, publicado en el año 2001, el Seguimiento Farmacoterapéutico se define como “la práctica profesional en el que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Tras el Tercer Consenso de Granada la definición de Seguimiento farmacoterapéutico quedó de la siguiente manera: es “la práctica profesional en el que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos.

Esto se realiza mediante la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente".

En este tercer Consenso se establecieron las siguientes definiciones de PRM y RNM:

PRM: Aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar un resultado negativo asociado a la medicación (RNM).

RNM: Resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso o fallo en el uso de medicamentos.

Listado de PRM:

Administración errónea del medicamento
Características personales
Conservación inadecuada
Contraindicación
Dosis, pauta y/o administración no adecuada
Duplicidad
Errores en la dispensación
Errores en la prescripción
Incumplimiento
Interacciones
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
Probabilidad de efectos adversos
Problema de salud insuficientemente tratado
Otros

Los resultados negativos asociados a la medicación (RNM), se clasifican en 3 bloques (tabla 4).

Tabla 4.- Clasificación de RNM según el 3er Consenso de Granada.

NECESIDAD
Problema de salud no tratado: El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita.
Efecto de medicamento innecesario: El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
EFECTIVIDAD
Inefectividad no cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.
Inefectividad cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.
SEGURIDAD
Inseguridad no cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
Inseguridad cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Entendiéndose que:

Un medicamento es necesario cuando ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente.

Un medicamento es inefectivo cuando no alcanza suficientemente los objetivos terapéuticos esperados.

Un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud.

Un RNM se considera cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

El **Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico** es un procedimiento que permite realizar SFT a cualquier paciente de forma sencilla, sistematizada, continuada y documentada. El Método Dáder permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras.

1.5.1.2. El Método Dáder en el Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular- vascular o enfermedad cardiovascular-vascular[39,43]:

1- Oferta del servicio: consiste en explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente: qué es, qué pretende y cuáles son sus principales características, con el objetivo de captar e incorporar al paciente al servicio de SFT. Se citará al paciente un día y se le pedirá que traiga consigo una bolsa con todos los medicamentos que usa, tanto los crónicos como los que usa por automedicación o de forma esporádica, así como informes médicos o analíticas de que disponga el paciente[39,43].

Los pacientes con FRCV o ECV, son idóneos para ofertarles el servicio de SFT ya que son en su mayoría pacientes polimedicados, los parámetros que nos indican el control de la enfermedad se pueden medir en la farmacia (HTA, CT, DM,…) y se puede llevar a cabo una labor importante a través de medidas no farmacológicas que ayuden al paciente al control de su enfermedad (consejo dietético, planes para dejar de fumar, pérdida de peso…).

2- Elaboración de la historia farmacoterapéuitca del paciente: En esta fase se intentará obtener la máxima información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, a través de la entrevista con el paciente[39,43].

La entrevista se divide en tres partes:

- Fase de preocupaciones y problemas de salud.
- Medicamentos que usa el paciente.
- Fase de repaso.

Esta primera entrevista nos permitirá obtener la historia farmacoterapéutica del paciente. A través de ella se debe obtener información sobre los problemas de salud y medicamentos del paciente, así como intentar comprender cuál es la actitud del paciente hacia estos problemas, cuál es el conocimiento del paciente y cómo es su entorno social, que le va a condicionar ante su propia salud, sus tratamientos y su actitud hacia todos ellos.

En esta fase además de obtener la información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente, se identificarán los FRCV modificables y no modificables del paciente y se clasificará al paciente en prevención primaria o secundaria.

3- Elaboración del estado de situación: A partir de la información obtenida en dicha historia se elaborará el primer estado de situación del paciente.

El estado de situación de un paciente (ES), se define como la relación entre sus problemas de salud y medicamentos, a una fecha determinada. El método Dáder propone unas hojas de estado de situación estandarizadas (Anexo 9).

En el estado de situación se sitúan en el encabezamiento los datos del paciente, su número de identificación, género, fecha de realización del estado de situación, edad, índice de masa corporal y si tiene alguna alergia conocida.

En el apartado de problemas de salud, han de registrarse los problemas del paciente tal y como él los describe. Se indica mediante un asterisco si están diagnosticados por un médico. Ha de anotarse desde cuándo se padece ese problema, y si está controlado o no. A continuación anotaremos el grado de preocupación del paciente respecto a dicho problema ya que independientemente de nuestra valoración de importancia o de riesgo para el paciente, es conveniente comenzar a estudiar aquellos problemas que el paciente percibe como más importantes.

Los medicamentos que el paciente utiliza han de situarse horizontalmente en la misma fila que aquellos problemas de salud para los que han sido indicados. Puede ocurrir que para un mismo problema de salud, el paciente esté utilizando varios fármacos. Todos ellos han de ir contiguos, indicando la pauta o posología, así como si cumple el tratamiento y si conoce para qué le ha sido prescrito. En el apartado de observaciones y parámetros hemos de anotar las características del paciente que nos puedan resultar relevantes, antecedentes personales o cualquier otro dato que creamos de utilidad. En parámetros anotaremos los valores disponibles de tensión arterial y parámetros analíticos de que dispongamos.

En la cumplimentación del ES, además debemos incluir todos los FRCV modificables, tanto los diagnosticados por el médico y para los que el paciente lleva prescrito tratamiento farmacológico, como todos aquellos FRCV que detectamos en la entrevista con el paciente y para los que no recibe tratamiento y que podemos mejorar con la intervención del farmacéutico. Tal es el caso de pacientes con sobrepeso u

obesidad, pacientes con GB ligeramente elevada que no están diagnosticados de DM y que podrían considerarse como casos de alteración de la GB, para los que el consejo dietético del farmacéutico puede ser de gran ayuda, pacientes con CT mayor a 200, que no necesitan medicación hipolipemiante pero sí tratamiento no farmacológico,…

Una vez tenemos el estado de situación pasamos a la fase de estudio.

4- Fase de estudio: En esta fase se debe adquirir un conocimiento en profundidad de los problemas de salud y de los medicamentos del paciente. De esta fase van a depender en gran medida los resultados posteriores.

Esta fase es muy importante ya que de ella dependerá la evaluación del ES y los objetivos que marquemos. Para llevar a cabo la fase de estudio debemos conocer si estamos ante un paciente en prevención primaria (paciente con 1 o más FRCV que no ha sufrido nunca ningún accidente cardiovascular- vascular o cerebrovascular) o prevención secundaria (paciente que ha sufrido anteriormente algún accidente cardiovascular- vascular o cerebrovascular), así como clasificar el RCV y determinar si el paciente presenta un RCV aumentado por la presencia de obesidad intraabdominal, que se puede medir de forma sencilla a través del perímetro de la cintura, el ICC y/o el ICA.

5- Fase de evaluación: La evaluación se realiza para todos los medicamentos del estado de situación.

Para la clasificación de los RNM hemos de ir revisando si cada medicamento es necesario (N), efectivo (E) y seguro (S). Si el medicamento es no efectivo o no seguro, hemos de evaluar si esta inefectividad o inseguridad es cuantitativa o no cuantitativa. A diferencia de la necesidad y efectividad que se evalúan para toda la estrategia terapéutica, la seguridad se evalúa para cada medicamento[39,43].

Finalmente nos preguntamos si “algún problema de salud no está siendo tratado y no es causado por una inseguridad de alguno de los medicamentos anteriores”, en este caso tendríamos un problema de salud no tratado

En el caso de que haya algún RNM, se pasa a la fase de intervención, en la que se diseña una estrategia cuyo objetivo sea resolver los RNM encontrados.

Para poder identificar y clasificar los PRM y RNM, es esencial conocer el valor y la clasificación de los FRCV. En el caso de los FRCV modificables, todos se pueden identificar y medir de forma sencilla en la farmacia: HTA, CT, TG, GB, peso, IMC, tabaquismo, inactividad física. Así como otros parámetros que nos pueden ayudar en la posterior definición de objetivos: SCORE, ICC, ICA, perímetro de la cintura, hábitos dietéticos y estilo de vida.

6- Fase de intervención: El objetivo de esta fase es diseñar y poner en marcha un plan de actuación con el paciente.

Para definir un plan de actuación debemos definir objetivos, priorizarlos y determinar y planificar las intervenciones farmacéuticas.
La participación de los pacientes en el diseño del plan de actuación es imprescindible, ya que son ellos los principales responsables de su salud, y su participación es indispensable para poder conseguir los objetivos.

Una vez diseñada la estrategia a seguir, hemos de decidir cuál es la vía de contacto y cómo se comunica el resultado de nuestro seguimiento. Esta comunicación puede ser directamente farmacéutico– paciente, o farmacéutico– paciente- médico, bien de forma verbal o escrita.

Con el resultado de la intervención montaremos un nuevo estado de situación y se establecerá una estrategia de seguimiento del paciente.

El objetivo del plan de actuación en pacientes con FRCV es intentar controlar el mayor número de FRCV de los pacientes de forma individualizada.

Un elemento clave que se debe tener presente en la elaboración del plan de actuación en estos pacientes es que los objetivos terapéuticos dependerán del tipo de prevención (primaria o secundaria) y del RCV global en el que se ubica el paciente (alto, moderado o bajo):

- **OBJETIVO EN PACIENTES EN PREVENCIÓN PRIMARIA**

La prevención primaria es la principal herramienta que disponemos para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares- vasculares en la población general[91]. Mantener una dieta saludable, ejercicio físico regular, el control del peso, la abstinencia de fumar, y el control y adecuado tratamiento de otros factores de riesgo

como la hipertensión arterial, el colesterol o la diabetes, permite reducir significativamente la incidencia de enfermedades cardiovasculares- vasculares en la población general.

Los objetivos que pretende la prevención primaria son[8,44]:

- Eliminar el hábito tabáquico o mantener la abstinencia al tabaco
- Alcanzar y conservar valores de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg (130/80 en pacientes con diabetes, con insuficiencia renal)
- Alcanzar y mantener un colesterol total inferior a 200 mg/dL (175 en pacientes con diabetes)
- Alcanzar y mantener un colesterol LDLc inferior a 130mg/dL (100 en pacientes con diabetes)
- Alcanzar y mantener unos niveles de triglicéridos inferiores a 150mg/dL
- Tener un peso adecuado
- Practicar actividad física (ejercicio físico aeróbico mínimo 30 minutos al día, al menos 5 veces a la semana),
- Tener una alimentación sana (limitar la ingesta de grasa total y sustituir las grasas saturadas por poli y monoinsaturadas, incrementar el consumo de frutas y verduras frescas (5 porciones diarias)...)

La eliminación del tabaquismo, el seguimiento de un plan alimentario ajustado a los requerimientos del paciente, acompañado de una actividad o práctica de ejercicio aeróbico regular, acorde con la edad y la condición física de la persona, se convierten en los componentes básicos de la consecución y mantenimiento de un peso adecuado y, con ello de la reducción del RCV.

Por ello, la necesidad de estructurar programas destinados a que la población general adopte dichos hábitos, y que pueden llevarse a cabo desde la oficina de farmacia, se convierte en un aspecto fundamental para las personas que no han desarrollado una ECV (prevención primaria), pero fuman, tienen dislipemia, diabetes, hipertensión, son obesas, sedentarias o tienen familiares en primer grado con historia personal de enfermedad coronaria precoz o son mujeres en edad de menopausia. En estos pacientes la primera intervención terapéutica será modificar estilos de vida (dieta adecuada, reducción de peso corporal (IMC< 25 kg/m^2) y realización de ejercicio aeróbico regular, adaptado a sus características). Si con estas modificaciones el control es aún insuficiente se valorará el tratamiento farmacológico.

- **OBJETIVOS EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA**[1, 3, 8, 44, 45]

La prevención secundaria es aquella que se lleva a cabo en personas que han sufrido alguna enfermedad cardiovascular- vascular o cerebrovascular con anterioridad (infarto de miocardio, un ictus,…)[44].

En prevención secundaria, el objetivo terapéutico es reducir el riesgo de presentación de un nuevo evento cardiovascular- vascular y la muerte del paciente. En el primer año, después del alta hospitalaria, la mortalidad o la posibilidad de un nuevo infarto es cercana al 10%, siendo más notorio en los primeros meses. En los pacientes con ECV, los FRCV continúan siendo marcadores pronóstico de un nuevo evento coronario y los beneficios de las intervenciones terapéuticas son más notorias. En este sentido, la identificación sistemática de este tipo de pacientes, acompañada de las intervenciones preventivas que han probado ser eficaces y útiles podría evitar muchas muertes por enfermedad coronaria[8].

En prevención secundaria, los beneficios de la farmacoterapia deben potenciarse con la inclusión de medidas higiénico- dietéticas, como el seguimiento de un plan alimentario adecuado, actividad física regular, y la eliminación del hábito de fumar.

En prevención secundaria[8] la reducción de las concentraciones de lípidos y la eliminación del hábito tabáquico se asocian con una disminución de la mortalidad cardiovascular- vascular y total. Una revisión reciente muestra que la eliminación del hábito tabáquico reduce la mortalidad cardiovascular- vascular en un 36%, resultado similar al logrado con un buen control de los lípidos y con el que se demuestra la importancia de alcanzar esta meta en este tipo de pacientes.

Las intervenciones que han mostrado ser efectivas y útiles en pacientes con enfermedad coronaria son[1,8,44]:

- El tratamiento farmacológico representa sólo una parte del tratamiento y debe necesariamente ir acompañado de la incorporación de estilos y hábitos de vida saludables. El diseño y las recomendaciones de las medidas nutricionales y los estilos de vida se deben ajustar a las características clínicas particulares de cada paciente.
- Alcanzar y conservar valores de presión arterial inferiores a 130/80 mmHg
- Alcanzar y mantener un colesterol total inferior a 175 mg/dL

- Alcanzar y mantener un colesterol LDLc inferior a 100mg/dL
- Alcanzar y mantener unos niveles de triglicéridos inferiores a 150mg/dL
- Tener un peso adecuado
- Antiagregación plaquetaria. Todos los pacientes con ECV o diabetes deberían utilizar ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis de 75-325 mg/día, lo que se asocia a una disminución del 33% de la probabilidad de presentación de nuevos eventos cardiovasculares- vasculares. En caso de aparición de problemas de inseguridad que justifiquen la suspensión del tratamiento, o en los que exista contraindicaciones para el empleo de AAS, el clopidogrel, a dosis de 75 mg/día, se considera la alternativa.

Tabla 5: Objetivos terapéuticos en pacientes en prevención primaria, prevención secundaria y diabéticos[1]

	PREVENCIÓN PRIMARIA	**PREVENCIÓN SECUNDARIA Y PACIENTES DIABÉTICOS**
PA (mmHg)	<140/90	<130/80
CT (mg/dl)	<200	<175
TG (mg/dl)	<150	<150
GB (mg/dl)	<110	<110
IMC	<25	<25
PERÍMETRO DE LA CINTURA (cm)	<102 en hombres <88 en mujeres	<102 en hombres <88 en mujeres
ICC	<1 en hombres <0,8 en mujeres	<1 en hombres <0,8 en mujeres
ICA	< 0,5	< 0,5
EJERCICIO	30 minutos/día Durante 4-5 días semana	30 minutos/día Durante 4-5 días semana (en el caso de pacientes en prevención secundaria la duración y frecuencia de la actividad física se individualizará)
HÁBITO TABÁQUICO	Eliminar	Eliminar
SCORE	<2%	Siempre será alto

1.5.2. EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR O ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR-VASCULAR.

En los países desarrollados las principales causas de mortalidad y morbilidad se relacionan fundamentalmente con los hábitos y estilos de vida. La dieta inadecuada, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol son factores determinantes en la aparición de enfermedades[46].

La adopción de hábitos de vida saludables y el control de los factores de riesgo permiten reducir de forma muy significativa la incidencia de enfermedades cardiovasculares- vasculares en la población general, tanto en personas sanas como en aquellas que ya han sufrido algún tipo de enfermedad cardiovascular- vascular[44].

La adopción de hábitos de vida saludables es imprescindible en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares- vasculares.

Desde la farmacia comunitaria, se puede llevar a cabo una importante labor de educación sanitaria mediante el consejo farmacéutico y la promoción de actividades destinadas a mejorar estilos de vida que mejoren la salud de nuestros pacientes.

La educación sanitaria en pacientes con FRCV o ECV, se basará en:

- Promover una alimentación sana y cardiosaludable
- Promover la práctica de actividad física regular
- Apoyo para dejar de fumar
- Importancia del cumplimiento tanto de las medidas no farmacológicas como del tratamiento farmacológico.

1.5.2.1. ALIMENTACIÓN

En los últimos años, los hábitos dietéticos en sociedades desarrolladas han evolucionado hacia patrones menos saludables, aumentando el consumo de proteína animal y grasas saturadas, mientras que el aporte de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra ha ido disminuyendo[46].

En 2011 se presentaron los resultados de La Encuesta Nacional de Ingesta Dietética en España (ENIDE)[47], realizada a 3.000 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, la primera encuesta de estas características que se realiza en el

conjunto de España, con el objetivo de conocer los hábitos alimentarios de la población española y la obtención de datos que ayuden a conocer y evaluar su estado nutricional. Los resultados más destacados de esta encuesta fueron:

- Sólo el 43% de la población encuestada consume hortalizas diariamente y la cantidad media de fruta consumida se corresponde con menos de tres piezas al día, que es la cantidad mínima recomendada. Sólo el 37,8% de la población consume fruta diariamente.
- La ingesta energética media española es de 2.482 Kcal. por persona y día. Este dato muestra una desviación en el perfil calórico recomendado debido a que el porcentaje de proteínas y grasas es mayor y el de los hidratos de carbono es menor.
- El perfil calórico global de los participantes fue: proteínas 16%, grasas 40,2%, (ambos por encima de los valores recomendados) y 41,4% de hidratos de carbono (por debajo de los valores recomendados).
- En cuanto a las legumbres, es recomendable consumir semanalmente dos o más raciones de legumbres. La ingesta media obtenida en la encuesta es de 1,8 raciones per cápita y semana, lo que se situaría en el entorno de los valores recomendados, si bien el 5% de la población no consume legumbres.

Estos resultados demuestran el alejamiento de la sociedad española del patrón de dieta mediterránea tradicional[48], hacia patrones de ingesta más propios de las sociedades del norte de Europa, con una contribución más alta de grasa animal, en perjuicio de los hidratos de carbono complejos y de la fibra vegetal. Además cada vez es más frecuente el consumo de alimentos elaborados y precocinados (y con ello de grasas saturadas y trans) en detrimento de los frescos[49].

La dieta mediterránea es una forma de alimentación basada en un elevado consumo de cereales, frutas, verduras, hortalizas y legumbres, incluyendo los pescados y el aceite de oliva como fuente principal de grasas y con bajo consumo de carnes y grasas saturadas, todo ello en un entorno de hábitos saludables: actividad física y ocio al aire libre[50].

Este patrón de dieta mediterránea de consumo ha demostrado efectos beneficiosos en la prevención de las enfermedades cardiovasculares- vasculares tales como disminución de la presión arterial, disminución en la tendencia trombótica (formación de trombos o coágulos) y en la resistencia a la insulina. También determina la

existencia de un mayor estado antioxidante, una disminución en el nivel de homocisteína, de la inflamación, de la disfunción endotelial y de las arritmias cardíacas[51]. La dieta mediterránea además parece ser útil contra el cáncer y para proteger la salud en general.

1.5.2.1.1. PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA

Según la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición[52] seguir un patrón de dieta mediterráneo es muy recomendable ya que, además de proporcionarnos una dieta apetitosa y adaptada a nuestras costumbres, nos ayuda a mantenernos sanos y a prevenir el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas típicas de nuestro tiempo (como la diabetes, la obesidad, enfermedades cardiovasculares- vasculares o algunos tipos de cáncer).

El patrón de dieta mediterránea que debería seguir la población general es la siguiente[52]:

- Tomar diariamente alimentos ricos en fibra y antioxidantes:

• Tomar al menos tres piezas de fruta al día, preferentemente de temporada (una de ellas con alto contenido en vitamina C como cítricos, fresas o kiwis), y un puñado de frutos secos crudos (nueces, almendras…) una o dos veces por semana; evitar los frutos secos procesados por que pueden perder sus propiedades y/o les pueden añadir grasas no saludables.

• Incorporar diariamente a la dieta cereales y derivados preferentemente integrales (pan, arroz, pasta…), y patatas o similares.

• Comer legumbres entre dos y cuatro veces por semana.

• Tomar verduras y hortalizas al menos dos veces al día. Una de las tomas que sean crudas (ensaladas generalmente).

- Usar preferentemente aceite de oliva virgen tanto para cocinar como para condimentar ensaladas. Disminuir en su dieta el consumo de grasas animales (como mantequilla, tocino, bollería industrial, carnes grasas, embutidos, quesos, beicon, natas…).

- Evitar alimentos fritos.

- Comer más pescado que carne (a igualdad de peso tiene menos calorías que la carne y aportan grasas más saludables). Se recomiendan de dos a cuatro raciones de pescado a la semana.

- Evite las carnes rojas (como ternera, cerdo, caza) y embutidos, como máximo 2 veces por semana. Dentro de las carnes elegir las que menos grasa tienen, como la de ave sin piel o conejo (en total 2-3 veces semana).

- Evitar el consumo de alimentos elaborados con aceites vegetales hidrogenados o grasas vegetales (de palma o coco) y/o animales. Suelen estar presentes en margarinas comerciales y numerosos productos de bollería industrial como galletas, alimentos de comida rápida "comida basura", precocinados, aperitivos salados. Hay que fijarse en las etiquetas ya que estos tipos de grasa suben el colesterol malo y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas.

- Los huevos son un magnífico alimento. La yema contiene una alta cantidad de colesterol, pero tomar de tres a cinco huevos por semana no acarrea ningún problema.

- Evitar alimentos y bebidas a los que durante la fabricación y procesamiento se les ha añadido azúcares, especialmente refrescos.

- Se recomienda ingerir unas dos raciones diarias de lácteos (una ración equivale a un vaso de leche, dos yogures, 40-60 g de queso curado ó 80-125 g de queso fresco). En periodos de crecimiento y mujeres embarazadas, lactantes y menopáusicas es aconsejable tomar una ración más. La leche entera es rica en ácidos grasos saturados y colesterol; en caso de personas obesas o con sobrepeso, colesterol elevado o toma más de medio litro al día, se recomienda tomarla desnatada o semidesnatada. El consumo de yogures y/o leches fermentadas puede ser una forma saludable de tomar lácteos.

- En personas que tengan costumbre, se puede tomar cantidades moderadas de vino o cerveza con las comidas (una copa o vaso al día en mujeres y hasta dos en hombres). Un consumo elevado de alcohol tiene muchos efectos negativos para la salud.

- Utilizar sal yodada. Se recomienda echar poca sal a las comidas y evitar los productos enlatados, embutidos y precocinados por su alto contenido en sal. Para dar más sabor a los platos, puede utilizar hierbas aromáticas tales como tomillo, perejil, orégano, estragón, pimentón, comino, limón, vinagre…

- Beber preferentemente agua. Es la bebida más saludable que existe.

- Hay que comer en cantidades moderadas para mantener un peso adecuado. En caso de personas obesas se pueden seguir estas mismas indicaciones pero reduciendo el tamaño de las raciones.

1.5.2.1.2. BENEFICIOS DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA SALUD

Los alimentos asociados a la dieta mediterránea reducen los niveles de colesterol, la tensión arterial y el riesgo de diabetes. El consumo de cereales mínimamente procesados, frutas, hortalizas y verduras que tienen un elevado contenido en fibra, así como la utilización de grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) son útiles también para mejorar el nivel de glucosa en sangre y el perfil lípidico de los diabéticos.

-Los efectos de la dieta mediterránea sobre el colesterol son bien conocidos. El aceite de oliva virgen disminuye el colesterol LDL y el cociente colesterol total/HDL. Estos efectos fueron respaldados por la Foods and Drugs Administration (FDA) americana en un informe publicado en 2004[53], basándose en estudios de gran calidad científica.

- Existe además una gran cantidad de información[53] que avala que el aceite de oliva, administrado durante un periodo de tiempo de al menos 3 semanas en sustitución de alimentos ricos en grasa saturada, reduce el colesterol total y LDL y mantiene o aumenta el HDL, disminuyendo el cociente aterogénico colesterol total/ HDL.

- La adherencia a la dieta mediterránea se ha puesto en relación con una menor presión sanguínea, sobre todo diastólica. En un estudio publicado en 2004[53] se encontró una reducción media de 3 y 2 mmHg de PA sistólica y diastólica, respectivamente, tras seguir a 180 participantes durante 2 años a los que se les adscribió a una dieta mediterránea o una dieta control.

- En un ensayo realizado sobre población del Norte de Europa, el uso aislado de aceite de oliva virgen, en el contexto de la dieta ordinaria de esa población, redujo la PA sistólica alrededor de un 3%.

- Estudios recientes muestran una disminución del riesgo del infarto del miocardio asociado a varios componentes de la dieta mediterránea entre ellas fibra dietética, frutas y un mayor consumo de aceite de oliva, pescado y grasas omega 3. Por ejemplo, un estudio (Indo-Mediterráneo)[51] encontró que se producía un descenso del 52% de las muertes coronarias en pacientes con factores de riesgo cardiovascular-vascular que recibían frutas y verduras (250 a 300 g/fruta/día y 125 a 150g/día de vegetales), frutos secos (25 a 50 g/d de nueces o almendras), cereales integrales (400 a 500 g/día) y aceite de mostaza y soja[51].

- Dentro del concepto de una Dieta Mediterránea, un consumo moderado de alcohol también se ha asociado con la elevación de un tipo de colesterol, el HDLc (colesterol bueno) y del plasminógeno tisular, observándose además una disminución de la agregación plaquetaria y de la presión arterial. El vino tinto sería el que otorgaría una mayor protección frente a otras bebidas alcohólicas. Este efecto protector estaría dado por los polifenoles que contiene, de ellos, el resveratrol tiene una gran actividad antioxidante ejerciendo de este modo, un efecto preventivo sobre la enfermedad cardiovascular- vascular.

-Un bajo consumo de carne de vacuno, un moderado consumo de ave y porcino y un consumo regular de pescados grasos es otra de las características de la Dieta Mediterránea. Esto determina un bajo aporte de grasas saturadas y un mayor aporte de ácidos grasos omega 3 (ácido eicosapentanoico EPA y docohexaenoico DHA), los que ejercen un efecto protector de la salud cardiovascular- vascular ya que actúan como potentes agentes antiarrítmicos. Además mejoran la función endotelial vascular (función de las células de las paredes de las arterias), bajan la presión arterial, disminuyen la agregación plaquetaria y los niveles de triglicéridos[53,54].

-Un alto consumo de legumbres, frutos secos y cereales (pan, arroz y pasta) sin refinar, junto al aporte de hidratos de carbono complejo contribuyen a tener una dieta con un menor índice glucémico aportando además vitaminas, minerales y componentes fitoprotectores que tienen un efecto positivo a nivel cardiovascular-vascular y que se asocian también a un menor riesgo de diabetes.

- Estudios muestran que un aumento diario de 3 gramos de fibra soluble reducen el colesterol total y especialmente el LDL.

- El patrón de dieta mediterránea evita la obesidad debido a la variedad alimentaria de la dieta mediterránea, y al bajo aporte calórico hace que sea más difícil que seamos obesos. Esto si lo conjugamos con ejercicio habitual, también base de la dieta mediterránea, conseguiremos estar en plena forma.

- La ingesta de aceite de oliva y grasas omega 3 **previene la aparición de cáncer de mama y de colon.**

1.5.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA [47, 55-62]

Según La Encuesta Nacional de Ingesta Dietética en España (ENIDE)[47] el 46% de los encuestados no realiza práctica deportiva alguna y el 47% camina menos de 30 minutos diarios en sus desplazamientos, cuando la recomendación es caminar al menos este tiempo a diario.

Según la Fundación Española del Corazón[38], son efectivos practicar ejercicio como caminar, nadar, montar en bici…, de 30 a 60 minutos al día y al menos de tres a cinco días por semana, para mantener una buena salud cardiovascular- vascular.

Hay que explicar a los pacientes que la introducción de la actividad física no tiene porqué suponer un gran esfuerzo. Se puede incorporar la actividad física en nuestra rutina diaria de forma sencilla:

• Caminar siempre que se pueda: Bajarse del autobús antes de llegar a la parada, utilizar las escaleras en lugar del ascensor, no utilizar el coche si se puede ir andando o en bicicleta,…
• Jugar activamente con los hijos o nietos.
• Caminar rápido más de 10 minutos cada día mientras se va al colegio, a la parada del autobús, a la parada de metro, al trabajo, a la compra, etc.
• Comenzar con un paseo de 10 minutos y aumentar el tiempo de forma progresiva, hasta llegar a los 30 minutos diarios todos o casi todos los días de la semana.
• En nuestro tiempo libre no quedarse sentado en casa, salir a andar, en bici, aprovechar la gran oferta actual de los centros deportivos y gimnasios (apuntarse a clases de baile, aerobic, pilates, nadar,…)

1.5.2.3. ABORDAJE DEL TABAQUISMO DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

Todos los fumadores deben recibir consejo profesional para abandonar definitivamente cualquier forma de tabaco. Las estrategias que pueden ayudar a alcanzar este objetivo pueden resumirse en las siguientes (Las 5 Aes)[10]:

1- Averiguar de forma sistemática que pacientes son fumadores.
2- Analizar el grado de adicción del paciente y su disposición para dejar de fumar. Para ello los test de Richmond y Fagerström nos pueden servir de ayuda.
3- Aconsejar con firmeza a todos los fumadores a dejarlo.

4- Ayudar a establecer una estrategia para dejar de fumar, incluyendo el consejo conductual, la terapia de sustitución con nicotina o el tratamiento farmacológico.
5- Acordar un calendario de visitas de control y seguimiento.

Basándonos en esta estrategia recomendada en la Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular[1], y en nuestra experiencia en la farmacia, se diseñó un plan antitabaco con una estrategia que se podía adaptar cómodamente a nuestra rutina diaria en la farmacia y que se describe en el Anexo 5.1.

En diferentes estudios[63,64] se demuestra que el abordaje del tabaquismo desde la oficina de farmacia por el farmacéutico comunitario, dando consejo y realizando un programa de soporte para ayudar al paciente fumador, podría tener un efecto positivo en las tasas de deshabituación tabáquica.

1.5.2.4. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR[47, 65, 66, 67, 68, 69, 70]

El cumplimiento del tratamiento farmacológico y las medidas higiénico- dietéticas, son fundamentales para el buen control de los FRCV.

En las enfermedades cardiovasculares- vasculares, se estima que más del 50% de los enfermos siguen mal las indicaciones de los tratamientos farmacológicos y hasta un 60-70% las medidas higiénico- dietéticas[68].

En el caso concreto de los pacientes hipertensos se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes hipertensos abandona el tratamiento terapéutico durante el primer año y el 85% incumple las medidas higiénico- dietéticas que recomiendan los especialistas.

La no adherencia al tratamiento farmacológico y el incumplimiento de las medidas higiénico- dietéticas indicadas, aumenta la probabilidad de complicaciones innecesarias que suponen una disminución en la salud y calidad de vida del paciente y un aumento del gasto sanitario.

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer erróneamente que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica[66].

Las formas más habituales de incumplimiento son (NCPIE National Council for Patient Information and Education)[65]:

1. No retirar de la farmacia la prescripción.
2. Tomar una dosis incorrecta.
3. Tomar los medicamentos en pautas erróneas.
4. Olvidar una o más dosis.
5. Abandonar demasiado pronto el tratamiento.

El incumplimiento puede ser intencional o no intencional, siendo muchos y muy variables los motivos para dicho incumplimiento[65]:

- Motivos del incumplimiento intencional:
  - Los efectos negativos que provocan los medicamentos
  - Los posibles conflictos que aparecen con el estilo de vida del paciente
  - La desconfianza o falta de fe en el sistema sanitario
  - El ajuste de la dosis del tratamiento prescrito o indicado

- Motivos del incumplimiento no intencional
  - La falta de conocimiento o información sobre el tratamiento.
  - El régimen terapéutico demasiado complejo.
  - Los fallos de memoria a la hora de tomar los medicamentos.
  - La incapacidad para autoadministrarse los medicamentos.
  - Dificultades con el envase.

El farmacéutico comunitario, como profesional responsable de la dispensación de medicamentos a la población, puede detectar de forma fácil durante la dispensación a través de sencillas preguntas (Ej: Veo que toma bastantes medicamentos ¿tiene alguna dificultad en tomar sus comprimidos?, ¿Hay algún medicamento que no tome todos los días?, ¿Hay algún medicamento que note que no le sienta bien?,....), o comentarios del paciente, casos de incumplimiento terapéutico y mejorar la adherencia con explicaciones desde el mostrador o mediante el ofrecimiento al paciente del servicio de SFT, que aumenten sus conocimientos sobre su enfermedad y medicación y la importancia para su salud de cumplir correctamente con el tratamiento prescrito.

Pero donde mejor se detectan casos de incumplimiento es mediante el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, ya que a través de este servicio se pueden identificar mejor las causas del incumplimiento y su relación con los medicamentos que toma, y

actuar sobre estas causas y la falta de información del paciente, con tal de mejorar el grado de cumplimiento.

1.6. IMPLANTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES [71-82]

1.6.1. ¿POR QUÉ IMPLANTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA FARMACIA?

El farmacéutico comunitario es el profesional sanitario mejor valorado por los pacientes. Desempeña un papel esencial en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la dispensación, la indicación farmacéutica, educación sanitaria y el seguimiento farmacoterapéutico, y contribuye de una manera muy importante en la adherencia terapéutica de los pacientes crónicos.

Sin embargo, el sector farmacéutico vive actualmente una situación tensa en nuestro país. Los gobiernos se han fijado en este sector para poder recortar gastos y hacer frente, en parte, a la crisis económica, y esto está provocando problemas económicos en muchas farmacias comunitarias.

Para asegurar la viabilidad del sector farmacéutico no hay que olvidar que empresa y farmacia no pueden considerarse conceptos antagónicos. Para que el modelo de farmacia comunitaria pueda sobrevivir ha de gestionarse con criterios empresariales, saber diferenciarse y buscar la competitividad. El margen neto promedio de la farmacia ha pasado de 12,3% en 1998 a 7,9% en 2008. Ello supone una pérdida de margen del 36% en 10 años. Si continúa 10 años más a este ritmo, el margen de la farmacia caerá de 7,9% en 2008 a 0,9% en 2018. Por ello los farmacéuticos debemos buscar alternativas que nos ayuden a hacer frente a esta situación como la búsqueda de fórmulas que contribuyan a aumentar la fidelización de los pacientes o la implantación en la farmacia comunitaria de servicios profesionales de salud remunerados.

En este aspecto la Farmacia Comunitaria debe evolucionar desde un concepto de “farmacia tradicional” basado en la mera dispensación de medicamentos hacia un nuevo concepto de farmacia entendido como un “Espacio de Salud” proveedor de servicios, de información y cuidados de salud, comprendidos en el ámbito de la Atención farmacéutica.

La farmacia comunitaria debe funcionar como un todo orientada a las necesidades de salud del paciente. Los servicios profesionales son el principal valor añadido al medicamento. La organización de la farmacia debe ser tal que los servicios se integren en la rutina diaria de la farmacia de modo que puedan presentarse al usuario en el momento que lo requiera[71].

1.6.2. ¿QUÉ SERVICIOS SE PUEDEN IMPLANTAR EN LA FARMACIA COMUNITARIA?

Dentro de la Atención Farmacéutica se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento.

Pero además de estas actividades definidas en la Ley 16/97, y por las distintas leyes autonómicas en materia de farmacia, la farmacia comunitaria, como "Espacio de salud", puede llevar a cabo la implantación de otros servicios complementarios, que pueden influir en el grado de satisfacción y fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria:

- Charlas de educación sanitaria (tabaquismo, cuidados de la piel, alimentación en niños, cuidados del hipertenso, del diabético, para pacientes con sobrepeso u obesidad,…) en un espacio habilitado de la farmacia, en un colegio, en la sede de una asociación de pacientes o en una residencia de ancianos.

- Sistema de analíticas. Actualmente existen en el mercado distintos sistemas para analizar parámetros analíticos de forma rápida y eficaz con sangre capilar. Existen aparatos de análisis que analizan gran cantidad de parámetros y aparatos más sencillos y económicos que analizan los parámetros más demandados por la población (colesterol, glucosa, triglicéridos, HbA1C, HDLc, LDLc, ácido úrico,…). Además el cobro de este servicio es en general bien aceptado por los pacientes.

- Campañas sanitarias: tabaquismo, diabetes, hipertensión, sobrepeso, salud del niño, cuidados del sol, salud bucodental, salud cardiovascular- vascular,… Estas campañas pueden ser indefinidas o ir alternándolas a lo largo del año. Durante estas campañas se pueden captar fácilmente pacientes para SFT.

- Servicios Contratados. Por ejemplo servicio de dietista. Los farmacéuticos no tenemos competencia para pautar dietas, pero la farmacia comunitaria como "Espacio de salud", puede integrar servicios contratados como dietista, podología, fisioterapia… Para ello sólo necesitamos un despacho de pocos metros que podamos adaptar y

rodar estos servicios distintos días de la semana. Son servicios que el paciente viene predispuesto ya a pagar y sirven de reclamo para que el paciente piense en la farmacia para mejorar sus problemas de salud en general.

Cada farmacia debería estudiar qué servicios son los que mejor se ajustan a la demanda de sus pacientes y cuales se pueden integrar de manera sencilla y efectiva a la rutina de la farmacia, así como valorar qué servicios estaría dispuesto a pagar el paciente. Para poder orientarnos en esta demanda puede sernos de ayuda la realización de sencillas encuestas a los usuarios de la farmacia.

1.6.3. EL PROBLEMA DE LA REMUNERACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES

La mayoría de servicios ofrecidos en las farmacias comunitarias, en general bien acogidos por los pacientes, son gratuitos porque los farmacéuticos prefieren fidelizar al paciente, diferenciar su oferta de otras boticas y competir. Pero esta mentalidad debe ir cambiando, tanto por parte del farmacéutico, como de la población, de los demás profesionales sanitarios y de la administración. Y aunque será un camino largo y difícil, sobre todo por la situación económica de la administración pública, la farmacia comunitaria debe empezar a implantar servicios que aumenten su rentabilidad y demuestren su eficacia en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la disminución de complicaciones que pueden suponer una disminución en la salud del pacientes y un coste adicional para la Sanidad.

Según la OMS en colaboración de la Federación Internacional Farmacéutica (FIP)[72] hay una evidencia considerable y de alta calidad para apoyar el valor de los servicios profesionales de la farmacia en la mejora de los resultados de los pacientes o en el uso de los medicamentos en el entorno de la comunidad.

En un estudio australiano[72] se constató que los farmacéuticos capacitados y remunerados adecuadamente por los servicios que ofrecían generaron ahorros (en la asistencia sanitaria, medicamentos y coste de la práctica farmacéutica) seis veces mayores que las de un grupo control que no había tenido acceso a la misma capacitación o remuneración. Se estimó que los farmacéuticos capacitados y remunerados adecuadamente ahorrarían al sistema de asistencia sanitaria 15 millones de dólares australianos. Resultados similares se han obtenido en los EEUU.

Según datos de la OMS en colaboración con la FIP[72], un nivel adecuado de remuneración para los farmacéuticos es la clave para asegurar que se muevan hacia una buena práctica de la farmacia, y en particular hacia la atención farmacéutica.

Sin embargo, para conseguir algún día que los farmacéuticos estén recompensados en este sentido, se requerirán numerosos estudios que demuestren que los servicios profesionales implantados en las oficinas de farmacia realmente ayudan a mejorar la salud de los pacientes y el coste- efectividad de los tratamientos.

Implantar servicios añadidos en las farmacias, aunque ayuda a fidelizar pacientes, hoy no es un negocio en sí, pero sí es un paso hacia la consolidación de una cartera de servicios remunerada, que sí podría ser solución a buena parte de los problemas económicos que generan las continuas bajadas de precios y los retrasos en los pagos por parte de la administración en cada vez más comunidades.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Los servicios farmacéuticos ofrecidos desde las farmacias cada vez son más necesarios, debido a la continua y progresiva disminución del margen y precio de los medicamentos, en un entorno en continua evolución. La adaptación a esta situación hace necesario la implantación de programas de gestión que aumenten la fidelización de nuestros clientes y atraiga a clientes nuevos. En este sentido el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) puede tener un papel muy importante.

Cada vez somos más las farmacias comunitarias que estamos incorporando técnicas de marketing para poder mantener y en lo posible mejorar la rentabilidad de la farmacia, como por ejemplo tarjetas de fidelización, campañas promocionales, muestras... son estrategias que pueden fidelizar al cliente de forma puntual pero puede que al cabo de un tiempo encuentre una mejor promoción o una tarjeta cliente que le ofrezca más ventajas en otra farmacia y ese cliente irá donde económicamente le convenga.

Pero lo que realmente va a hacer que un paciente prefiera ir a una farmacia que a otra es la calidad del servicio farmacoterapéutico, los consejos y la eficacia para responder y solucionar los problemas de salud que preocupan al paciente. En este punto ejercer una buena atención farmacéutica será de vital importancia para la fidelización de los pacientes.

Dentro de la atención farmacéutica se incluye el servicio de seguimiento farmacoterapéutico, que a pesar de su escaso desarrollo en la práctica, es un servicio clave a la hora de fidelizar clientes por la confianza que crea en el paciente hacia el farmacéutico encargado de su seguimiento.

Puesto que las enfermedades cardiovasculares- vasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados[3], en este trabajo se va a analizar como los resultados conseguidos con el SFT, en pacientes con uno o más factores de riesgo cardiovascular- vascular (FRCV), influyen en el grado de fidelización del paciente a la farmacia mediante SFT durante 6 meses en comparación con un grupo control.

Además, la farmacia comunitaria donde se va a desarrollar el proyecto, está ubicada en una playa. El principal problema de las farmacias de costa es su baja afluencia de clientes durante los meses de invierno y el bajo grado de fidelización por su localización, por eso uno de los puntos que se va a tratar es si la instauración de un servicio gratuito de control de PA, peso y determinación de parámetros analíticos de colesterol, triglicéridos y glucosa, y el servicio de SFT (que no desarrollan las

farmacias de los pueblos contiguos) ayudan a atraer pacientes de los pueblos cercanos de alrededor que por su localización geográfica se encuentran entre 10- 15 minutos en coche y a pacientes nuevos que viven en la playa.

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

3. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La implantación en la farmacia comunitaria de un servicio de control de los FRCV acompañado del servicio de educación sanitaria y/o SFT contribuiría a un mejor control de los FRCV de los pacientes y aumentaría la fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. GENERALES

1) Analizar el efecto del servicio de educación sanitaria o de seguimiento farmacoterapéutico sobre los Factores de Riesgo cardiovascular- vascular de los pacientes que acuden a una farmacia de la costa valenciana.

2) Analizar el grado de fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria según el servicio utilizado por el paciente.

4.2. ESPECÍFICOS.

1) Determinar y compara el valor promedio de disminución y el porcentaje de pacientes que han mejorado el nivel de RCV (según tabla SCORE), los niveles de PA, colesterol total, triglicéridos, glucosa basal e IMC así como el porcentaje de pacientes fumadores que han dejado de fumar o han disminuido el número de cigarrillos/día.

2) Identificar los RNM y PRM aparecidos en los pacientes incluidos en el estudio.

3) Establecer el grado de cumplimiento de la medicación mediante el test de BMQ.

4) Determinar y comparar entre ambos grupos el uso y consumo mensual de medicamentos de prescripción médica, así como los productos de indicación farmacéutica.

5) Analizar el grado de satisfacción de los pacientes por los servicios ofrecidos.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

• **Tipo de estudio**: Estudio experimental, aleatorio, por grupos (Grupo- educación sanitaria/ Grupo- SFT), llevado a cabo en la farmacia comunitaria de la Playa de Miramar (Valencia).

• **Periodo de estudio:** Marzo 2010- Noviembre 2011.

• **Población de estudio:** Pacientes con uno o más factores de riesgo cardiovascular-vascular, detectados por su medicación o consulta del paciente en el momento de la dispensación.

• **Criterios de inclusión:** Pacientes con edades entre 18 y 85 años que acudieron a la farmacia durante el periodo de estudio con una receta a su nombre de al menos un medicamento cuya indicación principal fuera la hipertensión arterial (HTA), las dislipemias, la diabetes o la enfermedad coronaria (nitratos); también pacientes que en ese momento no acudían a retirar su medicación pero cuya consulta estuvo relacionada con la presencia de algún FRCV (solicitud de toma de presión arterial (PA), consejo para dejar de fumar, orientación para perder peso en personas con sobrepeso y obesidad,…).

• **Criterios de exclusión:** Mujeres embarazadas, personas con alguna minusvalía psíquica, pacientes con marcapasos, pacientes con hipercolesterolemia familiar congénita, con historia de infarto agudo de miocardio (IAM) o infarto cerebro- vascular en el último año y pacientes en tratamiento con acenocumarol.

• **Muestra:** El tamaño muestral se calculó de forma estadística a partir de los datos de padrón municipal, media mensual de fármacos hipolipemiantes, antihipertensivos, diuréticos, antitrombóticos y antiarrítmicos dispensados en la farmacia, y porcentaje de mejora en la clasificación de RCV obtenida en los trabajos de, Rosinach, J. et.al.[83], Amariles, P. et.al.[84], Rodríguez Chamorro, M.A. et.al.[85] y Ruíz García, E.[86], pretendiendo conseguir en nuestro estudio un 15% de mejora del Riesgo cardiovascular- vascular. Para conseguir una potencia del 80% mediante una prueba para estimar proporciones (de No-Inferioridad) para dos muestras independientes, teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%, y asumiendo la estimación de RCV en el GES del 50% y en el GSFT del 35% y que los grupos estaban balanceados

1:1, con Límite de No-Inferioridad: 3,6%, fue necesario incluir 86 pacientes en cada grupo del estudio, totalizando 172 pacientes.

Teniendo en cuenta un porcentaje esperado de abandonos en el seguimiento del 14%, se reclutaron finalmente 100 sujetos en cada grupo, haciendo un total de 200 pacientes.

Para ello se ofreció participar en el estudio a todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, y que acudieron a la farmacia entre los meses de Marzo del 2010 - Mayo del 2011. Los pacientes fueron incluidos en el grupo control o en el grupo intervención según tablas de números aleatorios (Anexo 2). Al grupo control le llamamos Grupo Educación sanitaria (GES) y al Grupo intervención, Grupo Seguimiento Farmacoterapéutico (GSFT).

- **Periodo de estudio:** 6 meses de SFT (GSFT) o de atención habitual basada en educación sanitaria por paciente (GES), con visitas a los 0, 3 y 6 meses.

5.2. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo una buena gestión de la farmacia, uno de los puntos clave es que todos los miembros del equipo se integren de forma activa en todas las actividades de la farmacia y sientan que están desempeñando un trabajo importante. Partiendo de esta idea se pretendió que todos los miembros del equipo participaran de alguna manera en el proyecto.

Para ello la farmacéutica responsable del proyecto se encargó de realizar una charla a todos los demás miembros de la farmacia sobre Enfermedades cardiovasculares-vasculares y cómo se puede, desde la farmacia comunitaria, ayudar a mejorar los Factores de Riesgo cardiovascular- vascular (FRCV) según la Guía de Prevención Cardiovascular 2008[1]. Todos los miembros del equipo aceptaron participar en el proyecto.

Una vez que todos los miembros del equipo tuvieron los conocimientos necesarios para poder empezar el estudio, se llevó a cabo el reparto de actividades.

La captación de pacientes se llevó a cabo en el mostrador, desde Marzo del 2010 hasta Mayo del 2011, por parte de farmacéuticos y auxiliares, a partir de la medicación que venía a recoger el paciente o de la consulta que hacía (toma de PA, demanda de consejo para adelgazar, dejar de fumar,...) y que nos hacía sospechar de la presencia de algún FRCV.

Tras comprobar que el paciente cumplía los criterios de inclusión se le informaba sobre el estudio. A los que aceptaron participar se les pidió que leyeran y firmaran la hoja de consentimiento informado (anexo 1).

Los pacientes fueron incluidos en el GES o en el GSFT según una tabla de números aleatorios (Anexo 2).

Cada paciente se citó un día a primera hora de la mañana en ayunas y se le pidió que trajera consigo una bolsa con todos los medicamentos que usaba. En primer lugar uno de los auxiliares se encargaba de registrar la edad del paciente, el lugar de residencia, medio de transporte que utilizaba para venir a la farmacia y si era o no fumador o exfumador. A continuación el auxiliar le realizaba las mediciones de PA, frecuencia cardiaca, peso y altura.

Una vez realizadas estas mediciones, la farmacéutica pasaba al paciente a una sala donde realizaba las determinaciones analíticas de glucosa basal, colesterol total, triglicéridos, perímetro de la cintura, perímetro de la cadera, ICC, ICA, IMC, porcentaje de grasa corporal, se identificaban en el paciente los antecedentes personales y familiares de ECV y se calculaba el RCV mediante el método SCORE[1] (Anexo 3). A continuación se realizaba un registro de todos los problemas de salud y medicamentos que tomaba el paciente y se les realizaba el test de cumplimiento farmacoterapéutico BMQ (anexo 4).

Todos estos datos se registraron a los 0, 3 y 6 meses (anexo 11).

Tanto a los pacientes del GES como GSFT, se les realizó un recuerdo dietético 24 horas, del día anterior y del último fin de semana, para conocer sus hábitos dietéticos y recomendar las modificaciones oportunas. Además se les ofreció consejo sobre cómo incorporar el ejercicio a su vida. A todos los pacientes se les entregó en la visita inicial un calendario del 2011 con hábitos para una buena salud cardiovascular- vascular (anexo 6) para que lo pudieran tener siempre a la vista.

A las personas con un IMC clasificado en el escalón de sobrepeso u obesidad, o con un perímetro de cintura mayor a 88 cm. en mujeres y mayor a 102 cm. en hombres se les ofreció la opción de seguir una dieta bajo la supervisión de la dietista de la farmacia.

Tanto a los pacientes del GES como a los pacientes del GSFT, se les recomendó en el caso de considerar de ayuda, productos OTC para las dislipemias y/o para ayudar a disminuir de peso.

Tras realizar todas estas intervenciones, en el caso de ser pacientes del GES, lo citábamos a los 3 y 6 meses para repetir el mismo procedimiento.

En el caso de pacientes del GSFT, a continuación se les realizaba SFT mediante la metodología Dáder: se realizaba al paciente una primera entrevista sobre sus PS y medicamentos, se rellenaba el primer estado de situación, se llevaba a cabo la fase de estudio y la evaluación del estado de situación.

Tras evaluar el primer ES, si no existía ningún RNM, se citaba al paciente a los 3 meses y si no había ningún cambio, a los 6 meses.

En los pacientes que detectamos algún RNM, se realizaron en cada momento las intervenciones necesarias con tal de solucionarlo.

El test de Fagerström[87] (anexo 5.3), que mide el grado de dependencia a la nicotina, y el test de Richmond[88] (anexo 5.4), que mide el nivel de motivación para dejar de fumar, se realizaron a todos los pacientes fumadores, tanto a los del GES como a los del GSFT, a los 0, 3 y 6 meses. A todos los fumadores se les informó de los riesgos del tabaco y de las ventajas de dejar de fumar y se les ofreció la posibilidad de seguir en la farmacia un plan de deshabituación tabáquica con ayuda psicológica y farmacológica en el caso de necesitarlo. Además se les entregó un folleto con información sobre deshabituación tabáquica (anexo 5.2). A los pacientes que quisieron dejar de fumar se les trazó un plan con visitas semanales (Anexo 5.1) con el objetivo de ir marcando pequeñas metas y solucionar los posibles problemas de salud (PS) que fueran surgiendo como consecuencia del síndrome de abstinencia (anexos 5.5, 5.6, 5.7, 5.8). En los casos que no quisieron dejar de fumar, les informamos de los riesgos que tiene el tabaco para su salud e intentamos que a lo largo del estudio disminuyeran el número de cigarrillos al día, con visitas semanales a la farmacia si aceptaban.

Para poder estudiar al final del estudio la influencia del servicio de SFT y educación sanitaria en el gasto sanitario y fidelización de pacientes, se registraron todos los medicamentos, consultas y otros productos que el paciente adquirió cada vez que acudió a la farmacia durante los 6 meses de estudio.

Tanto en la visita inicial (momento inicio del estudio) como en la visita de los 6 meses, se le pasó a cada paciente el cuestionario de satisfacción 1[89] (anexo 7), con tal de medir la satisfacción del paciente por la farmacia y por los servicios ofrecidos. A los pacientes del GSFT además de les pasó el cuestionario anónimo de Armando, P. et.

al.[90] con el objetivo de medir el grado de satisfacción de los pacientes por el SFT (anexo 8).

5.3. MATERIAL

- Modelo de consentimiento informado (Anexo 1).
- Tensiómetro modelo check electronic, para medir las cifras de presión arterial (PA) y frecuencia cardiaca (FC).
- Báscula modelo aquila II, para medir el peso en Kg, altura e IMC.
- Equipo Accutrend Plus rapid control para medir los niveles del colesterol total y triglicéridos en mg/dl.
- Medidor de glucosa modelo Accucheck sensor para medir los niveles de glucosa basal en mg/dl.
- Medidor de grasa corporal OMRON BF360, para medir el porcentaje de grasa corporal.
- Cinta métrica para medir el perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera en cm.
- Tabla de números aleatorios. Asignación de pacientes a Grupo Intervención (GSFT) o Grupo Control (GES) (Anexo 2)
- Tabla SCORE para medir el RCV (Anexo 3).
- Test de cumplimiento BMQ (Anexo 4).
- Calendario sobre hábitos de vida saludables (Anexo 6).
- Planning antitabaco (Anexo 5.1)
- Folleto informativo sobre deshabituación tabáquica (Anexo 5.2).
-Test de Fagerström para medir el grado de dependencia a la nicotina en los pacientes fumadores (Anexo 5.3).
- Test de Richmond para medir el grado de motivación para dejar de fumar (Anexo 5.4).
- Folleto "Preparándome para el día D" (Anexo 5.5)
- Folleto "Síndrome de abstinencia" (Anexo 5.6)
- Folleto “Calendario de mis días sin humo” (Anexo 5.7).
- Folleto "Consejos para combatir el síndrome de abstinencia" (Anexo 5.8).
- Cuestionario de satisfacción 1 (Anexo 7).
- Cuestionario de satisfacción 2 (Anexo 8).
- Estado de situación (Anexo 9).
- Objetivos terapéuticos (Anexo 10)
- Hoja de recopilación de datos (Anexo 11).

5.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.4.1. VARIABLES DEL OBJETIVO 1

5.4.1.1. Variables dependientes

- Riesgo cardiovascular- vascular (RCV): Riesgo a 10 años de sufrir un primer evento aterosclerótido mortal, como infarto, ictus, aneurisma de aorta u otros[7.] La medición del RCV se realizó con el modelo SCORE[10] (Systematic Coronary Risk Evaluation– 2003), recomendado para Europa, por la Sociedad Europea de Cardiología en su guía de prevención cardiovascular del 2003[10], 2008[1] y 2012[7].

Según la Guía de Prevención Cardiovascular 2003[10], la puntuación obtenida en la tabla SCORE clasifica al riesgo cardiovascular- vascular en 3 categorías:

ALTO: ≥ 5%
MODERADO: 2% - 4%
LEVE: ≤ 1%

[10]Se considera RCV alto a pacientes que hayan padecido una enfermedad cardiovascular- vascular, padezcan diabetes mellitus 2 (DM2), diabetes mellitus 1 (DM1) con microalbuminuria, o niveles altos de uno o más FRCV que implican por sí mismos, un RCV elevado.

El riesgo absoluto en personas jóvenes difícilmente alcanzará un nivel del 5% a pesar de tener muy elevados los FRCV. En estas edades es importante calcular, además del riesgo absoluto mediante la tabla del SCORE, el riesgo relativo[1] para mostrar la necesidad de cambios en el estilo de vida.

Las Guías de Prevención Cardiovascular 2008[1] y 2012[7], clasifican el riesgo cardiovascular- vascular en las siguientes categorías:

MUY ALTO: ≥ 10
ALTO: 5% - 9 %
MODERADO: 1% - 4%
LEVE: < 1%

Considerando que cualquier persona con riesgo de muerte cardiovascular- vascular ≥ 5% tiene un riesgo aumentado[7].

5.4.1.2. Variables independientes:

- **Edad**: variable cuantitativa continua, en años cumplidos por el paciente.
- **Género**: variable cualitativa, nominal, dicotómica (hombre o mujer).
- **Presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y frecuencia cardiaca:** variable cuantitativa continua. Se utilizó el tensiómetro de la farmacia modelo check electronic. La medición de la PA se realizó según las recomendaciones de las guías internacionales[91] (tras 5 minutos en reposo, su valor es el promedio de dos medidas en posición sentado, con un espacio de unos 3-5 minutos), además antes de proceder a la toma de tensión nos cercioramos de que el paciente no hubiera tomado café, té o fumado al menos en los 15 minutos previos a la toma. El paciente durante esa semana acudió a tomarse la tensión 3 días, uno antes de tomarse la medicación por la mañana, otro 2 horas después de haberse tomado la medicación y otro día por la tarde. En el caso de que el paciente no tuviera controlada la PA, hicimos las intervenciones farmacéuticas (IF) necesarias y repetimos las mismas mediciones los días que consideremos necesarios. La clasificación del control de la PA se realizó según la siguiente tabla:

Tabla 6: Clasificación de la PA según la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología (ESH-ESC, 2007)[92].

CATEGORÍA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
ÓPTIMA	<120	Y	<80
NORMAL	120-129	y/o	80-84
NORMAL – ALTA	130-139	y/o	85-89
HTA GRADO 1	140–159	y/o	90–99
HTA GRADO 2	160–179	y/o	100-109
HTA GRADO 3	≥180	y/o	≥110
HTA SISTÓLICA AISLADA	≥140	y	<90

PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterila diastólica; HTA: Hipertensión arterial

Los valores de frecuencia cardiaca considerados como normales se encuentran entre 60 y 90 pulsaciones/min[92, 93].

La guía de práctica clínica sobre HTA publicada en 2013[93] por la Sociedad Europea de HTA (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) es la continuación de la guía publicada en 2007[92]. La clasificación de la presión arterial no ha variado en la Guía 2013[93] en comparación con la clasificación realizada en 2007[92].

Al igual que en la Guía 2007[92,] la Guía 2013[93] considera que la PA debe reducirse, como mínimo por debajo de 140/90 mmHg, e incluso a valores inferiores, en caso de ser tolerados, en todos los hipertensos. En pacientes diabéticos y riesgo alto y muy alto, el objetivo de PA debe ser < 130/80mmHg.

- **Colesterol total y triglicéridos**. Variable cuantitativa continua. Para los pacientes en prevención primaria los valores de colesterol total deben ser inferiores a 200 mg/dl[1] y en pacientes en prevención secundaria o diabéticos deben ser inferiores a 175 mg/dl[1]. En el caso de los triglicéridos valores superiores a 150 mg/dl sirven como marcadores de riesgo cardiovascular-vascular aumentado[1]. Las concentraciones plasmáticas de colesterol y triglicéridos se miden en mg/dl y se cuantificaron a partir de una muestra de sangre capilar del dedo índice, utilizando el equipo Accutrend Plus rapid control. Este equipo permite cuantificar los niveles de colesterol total y triglicéridos en unos pocos minutos. Estos valores también podían obtenerse de analíticas hechas en el centro de salud.
- **Glucosa basal:** variable cuantitativa continua. Los niveles recomendados son <110 mg/dl[1]. Los niveles de glucosa basal se obtuvieron a partir de una muestra de sangre capilar del dedo índice, utilizando el aparato Accucheck sensor que mide los niveles de glucosa en mg/dl en unos pocos segundos. Estos valores también podían obtenerse de analíticas hechas en el centro de salud.
- **Número de medicamentos**: Variable cuantitativa. Número de envases de medicamentos al mes.
- **Grado de cumplimiento**: Variable cualitativa dicotómica, cumple- no cumple, a los 0, 3 y 6 meses. Se midió con el Test BMQ[85] (Anexo 4).
- **PRM (Problemas relacionados con los medicamentos).** Son aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden

causar un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)[41]. Están categorizados según el Foro de Atención Farmacéutica sobre PRM y RNM[41] en: administración errónea del medicamento, características personales, conservación inadecuada, contraindicación, dosis, pauta y/o administración no adecuada, duplicidad, errores en la dispensación, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones, otros problemas de salud que afectan al tratamiento, probabilidad de efectos adversos, problema de salud insuficientemente tratado, otros.

- **RNM (Resultados negativos de la medicación):** se obtienen tras la evaluación del estado de situación. Se codifican en 6 categorías según el Foro de Atención Farmacéutica sobre PRM y RNM[41]: problema de salud no tratado, efecto de medicamento innecesario, inefectividad no cuantitativa, inefectividad cuantitativa, inseguridad no cuantitativa, inseguridad cuantitativa.
- **Número de intervenciones**: Variable cuantitativa. Número de intervenciones según la vía de intervención:

Farmacéutico- Paciente- Verbal
Farmacéutico- Paciente- Escrita
Farmacéutico- Paciente- Médico- Verbal
Farmacéutico- Paciente- Médico- Escrita

- **Peso corporal**: variable cuantitativa continua, medida en kilogramos.
- **Altura:** variable cuantitativa continua, medida en metros.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Variable cuantitativa. Parámetro más utilizado en la determinación de la valoración nutricional del individuo[42]. Se obtiene dividiendo el peso del individuo (Kg.) por el cuadrado de su altura (metros):

$$IMC = peso\ (Kg.)\ /\ altura^2\ (metros)$$

Posteriormente esta variable se categorizó según la clasificación de la OMS[42] en:

Se considera:
- Infrapeso: IMC<18,50
- Normal: IMC = 18,50 – 24,99
- Sobrepeso: IMC≥25
- Obesidad: IMC ≥ 30

- **Perímetro de la cintura:** variable cuantitativa continua. Se mide en cm con una cinta métrica. A través de la medición del perímetro de cintura se puede

averiguar si hay un mayor riesgo cardiovascular- vascular debido al exceso de adiposidad intraabdominal. En el caso europeo los niveles correctos son ≤102 cm en hombres y ≤ 88 cm en mujeres. Los niveles de riesgo son > 88 cm en las mujeres y > 102 cm en los varones[94].

- **Índice perímetro abdominal/estatura (ICA)[16]:** variable cuantitativa continua. Método antropométrico mejor correlacionado con el riesgo cardiovascular-vascular global para ambos sexos y cualquier intervalo de edad, ya que el riesgo cardiovascular- vascular no depende de la grasa total del individuo, sino de la grasa intraabdominal. Por este motivo el ICA es el medidor más apropiado como marcador de riesgo cardiovascular- vascular[16]. Se determina dividiendo la circunferencia de la cintura por la altura, en centímetros. Un valor ICA de 0,5 o mayor indica un aumento del riesgo cardiovascular- vascular.
- **Índice cintura- cadera (ICC):** variable cuantitativa continua. Medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal[13]. Relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular-vascular. La OMS[13] establece unos niveles normales hasta 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indican obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular- vascular aumentado.
- **Porcentaje de grasa corporal:** variable cuantitativa continua. Se realizó con el monitor OMRON BF306. La medición se llevó a cabo siempre en ayunas. El porcentaje de grasa corporal recomendado varía según la edad y sexo. Se consideran como normales los siguientes rangos[95]:

Tabla 7: Porcentaje de grasa corporal en mujeres

MUJERES				
	MUY ALTO	ALTO	NORMAL	BAJO
18-29 AÑOS	50	36	29	20
30-39 AÑOS	50	38	31	22
40-49 AÑOS	50	40	33	24
50-59 AÑOS	50	42	35	26
60-70 AÑOS	50	44	37	28

Tabla 8: Porcentaje de grasa corporal en hombres

HOMBRES				
	MUY ALTO	ALTO	NORMAL	BAJO
18-29 AÑOS	50	24	18	8
30-39 AÑOS	50	26	20	11
40-49 AÑOS	50	27	22	13
50-59 AÑOS	50	30	24	15

60-70 AÑOS	50	34	26	17

- **Dieta:** Variable dicotómica- nominal. Se clasificó en: pacientes que siguieron simplemente los hábitos dietéticos aconsejados y pacientes que hicieron dieta bajo la supervisión de nuestra dietista.
- **Ejercicio:** Variable dicotómica. SÍ/NO. Se consideró que una persona sí realizaba ejercicio físico de manera regular si como mínimo caminaba durante 30 minutos a paso ligero 3- 5 días a la semana.
- **Fumador:** Variable policotómica: SÍ/ NO/ exfumador.
- **¿Cuánto fuma?:** variable cuantitativa continua. Número de cigarrillos al día, en el caso de fumadores.
- **Alcohol**: variable cuantitativa continua. Se mide en UBE (Unidad de bebiba estándar). La unidad de bebida estándar española equivale a 10 g de alcohol puro, que es la cantidad de alcohol que hay en un vaso pequeño de vino, una caña de cerveza o media copa de licor[96]. A continuación se muestra una tabla para calcular cada bebida en UBE.

Tabla 9: Equivalencia de las consumiciones en unidades de bebida estándar[96]:

1 vaso pequeño de vino	1 UBE
1 quinto o una caña de cerveza	1 UBE
1 copa de jerez	1 UBE
1 carajillo	1 UBE
1/2 whisky	1 UBE
1 chupito	1 UBE
1 copa de cava	1 UBE
1 copa de coñac	2 UBE
1 mediana de cerveza	1 1/2 UBE
1 combinado	2 UBE

5.4.2. VARIABLES DEL OBJETIVO 2

5.4.2.1. Variables dependientes

- Grado de fidelización: Término que utilizan, básicamente, las empresas orientadas al cliente, donde la satisfacción del cliente es un valor principal**.** La fidelización se basa en convertir cada venta en el principio de la siguiente. Trata de conseguir una relación estable y duradera con los usuarios finales de los productos que vende. Un plan de fidelización debe mostrar tres «C»: captar, convencer y conservar[97]**.**

Para estudiar el grado de fidelización se registraron todas las visitas que el paciente hizo a la farmacia durante los 6 meses del estudio en una hoja de registro (anexo 11), clasificándose posteriormente al paciente en las siguientes categorías:

Clasificación del grado de fidelización:

-Malo: Paciente incluido en el programa de investigación que adquiere menos del 40% de las recetas mensuales de sus tratamientos en nuestra farmacia u otros productos.

- Medio: Paciente incluido en el programa de investigación, que adquiere como mínimo del 40 al 70% de las recetas crónicas de sus tratamientos de forma mensual en nuestra farmacia, además de otras consultas o compras que pueda hacer.

- Bueno: Paciente incluido en el programa de investigación que adquiere más del 70% de las recetas crónicas de sus tratamientos de forma mensual en nuestra farmacia, además de otras consultas o compras que pueda hacer.

5.4.2.2. Variables independientes

- **Edad**: variable cuantitativa continua, en años cumplidos por el paciente.
- **Género**: variable cualitativa, nominal, dicotómica (hombre o mujer).
- **Presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y frecuencia cardiaca:** Variable cuantitativa continua. Se utilizó el tensiómetro de la farmacia modelo check electronic. La medición de la PA se realizó según las recomendaciones de las guías internacionales[91] (tras 5 minutos en reposo, su valor fue el promedio de dos medidas en posición sentado, con un espacio de unos 3-5 minutos), además antes de proceder a la toma de tensión nos cercioramos de que el paciente no hubiera tomado café, té o fumado al menos en los 15 minutos previos a la toma. El paciente durante esa semana acudió a tomarse la tensión 3 días, uno antes de tomarse la medicación por la mañana, otro 2 horas después de haberse tomado la medicación y otro día por la tarde. En el caso de que el paciente no tuviera controlada la PA, hicimos las IF necesarias y repetimos las mismas mediciones los días que considaramos necesarios.

La clasificación del control de la PA se realizó según la siguiente tabla:

Tabla 10: Clasificación de la PA según la Sociedad Europea de Hipertensión-Sociedad Europea de Cardiología (ESH-ESC, 2007)[92].

CATEGORÍA	PAS (mm Hg)		PAD (mm Hg)
ÓPTIMA	<120	y	<80
NORMAL	120-129	y/o	80-84
NORMAL – ALTA	130-139	y/o	85-89
HTA GRADO 1	140–159	y/o	90–99
HTA GRADO 2	160–179	y/o	100-109
HTA GRADO 3	≥180	y/o	≥110
HTA SISTÓLICA AISLADA	≥140	y	<90

PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterila diastólica; HTA: Hipertensión arterial

Los valores de frecuencia cardiaca considerados como normales se encuentran entre 60 y 90 pulsaciones/min[92, 93].

La guía de práctica clínica sobre HTA publicada en 2013[93] por la Sociedad Europea de HTA (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) es la continuación de la guía publicada en 2007[92]. La clasificación de la presión arterial no ha variado en la Guía 2013[93] en comparación con la clasificación realizada en 2007[92].

Al igual que en la Guía 2007[92,] la Guía 2013[93] considera que la PA debe reducirse, como mínimo por debajo de 140/90 mmHg, e incluso a valores inferiores, en caso de ser tolerados, en todos los hipertensos. En pacientes diabéticos y riesgo alto y muy alto, el objetico de PA debe ser < 130/80mmHg.

- **Colesterol total y triglicéridos**: Variable cuantitativa continua. Para los pacientes en prevención primaria los valores de colesterol total deben ser

inferiores a 200 mg/dl[1] y en pacientes en prevención secundaria o diabéticos deben ser inferiores a 175 mg/dl[1]. En el caso de los triglicéridos valores superiores a 150 mg/dl sirven como marcadores de riesgo cardiovascular-vascular aumentado[1]. Las concentraciones plasmáticas de CT y triglicéridos se miden en mg/dl y se obtuvieron a partir de una muestra de sangre capilar del dedo índice, utilizando el equipo Accutrend Plus rapid control. Este equipo permite cuantificar los niveles de colesterol total y triglicéridos en unos pocos minutos. Estos valores también podían obtenerse de analíticas hechas en el centro de salud.

- **Glucosa basal:** Variable cuantitativa continua. Los niveles recomendados son <110 mg/dl[1]. Los niveles de glucosa basal se obtuvieron a partir de una muestra de sangre capilar del dedo índice, utilizando el medidor de glucosa modelo Accucheck sensor que mide los niveles de glucosa en mg/dl en unos pocos segundos. Estos valores también podían obtenerse de analíticas hechas en el centro de salud.
- **Número de medicamentos**: Variable cuantitativa. Número de envases de medicamentos al mes.
- **Grado de cumplimiento**: Variable cualitativa dicotómica, cumple/no cumple, a los 0, 3 y 6 meses. Se medirá con el Test BMQ[85] (Anexo 4).
- **PRM (Problemas relacionados con los medicamentos).** Son aquellas situaciones que en el proceso de uso de medicamentos causan o pueden causar un resultado negativo asociado a la medicación (RNM)[41]. Están categorizados según el Foro de Atención Farmacéutica sobre PRM y RNM[41] en: administración errónea del medicamento, características personales, conservación inadecuada, contraindicación, dosis, pauta y/o administración no adecuada, duplicidad, errores en la dispensación, errores en la prescripción, incumplimiento, interacciones, otros problemas de salud que afectan al tratamiento, probabilidad de efectos adversos, problema de salud insuficientemente tratado, otros.
- **RNM:** se obtienen tras la evaluación del estado de situación. Se codifican en 6 categorías según el Foro de Atención Farmacéutica sobre PRM y RNM[41]: problema de salud no tratado, efecto de medicamento innecesario, inefectividad no cuantitativa, inefectividad cuantitativa, inseguridad no cuantitativa, inseguridad cuantitativa.
- **Número de intervenciones**: Variable cuantitativa. Número de intervenciones según la vía de intervención:

Farmacéutico- Paciente- Verbal
Farmacéutico- Paciente- Escrita
Farmacéutico- Paciente- Médico- Verbal
Farmacéutico- Paciente- Médico- Escrita

- **Peso corporal**: Variable cuantitativa continua, medida en kilogramos.
- **Altura:** Variable cuantitativa continua, medida en metros.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Variable cuantitativa. Parámetro más utilizado en la determinación de la valoración nutricional del individuo[42]. Se obtiene dividiendo el peso del individuo (Kg.) por el cuadrado de su altura (metros)[42]:

$$IMC = peso\ (Kg.) / altura^2\ (metros)$$

Posteriormente esta variable se categorizó según la clasificación de la OMS en[42]:

Se considera:
- Infrapeso: IMC<18,50
- Normal: IMC = 18,50 – 24,99
- Sobrepeso: IMC≥25
- Obesidad: IMC ≥ 30

- **Perímetro de la cintura:** Variable cuantitativa continua. Se mide en cm con una cinta métrica. A través de la medición del perímetro de cintura se puede averiguar si hay un mayor riesgo cardiovascular- vascular debido al exceso de adiposidad intraabdominal. En el caso europeo los niveles correctos son ≤102 cm en hombres y ≤ 88 cm en mujeres. Los niveles de riesgo son > 88 cm en las mujeres y >102 cm en los varones[94].
- **Índice perímetro abdominal/estatura (ICA):** Variable cuantitativa continua. Método antropométrico mejor correlacionado con el riesgo cardiovascular-vascular global para ambos sexos y cualquier intervalo de edad, ya que el riesgo cardiovascular- vascular no depende de la grasa total del individuo, sino de la grasa intraabdominal. Por este motivo el ICA es el medidor más apropiado como marcador de riesgo cardiovascular- vascular[16]. Se determina dividiendo la circunferencia de la cintura por la altura, en centímetros. Un valor ICA de 0,5 o mayor, indica un aumento del riesgo cardiovascular- vascular.
- **Índice cintura- cadera (ICC):** Variable cuantitativa continua. Medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal,

relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular-vascular. La OMS establece unos niveles normales de 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular- vascular aumentado[13].

- **Porcentaje de grasa corporal:** Variable cuantitativa continua. Se midió con el monitor OMRON BF306. La medición se realizó siempre en ayunas. El porcentaje de grasa corporal recomendado varía según la edad y sexo. Se consideran como normales los siguientes rangos [95]:

Tabla 11: Porcentaje de grasa corporal en mujeres

MUJERES				
	MUY ALTO	ALTO	NORMAL	BAJO
18-29 AÑOS	50	36	29	20
30-39 AÑOS	50	38	31	22
40-49 AÑOS	50	40	33	24
50-59 AÑOS	50	42	35	26
60-70 AÑOS	50	44	37	28

Tabla 12: Porcentaje de grasa corporal en hombres

HOMBRES				
	MUY ALTO	ALTO	NORMAL	BAJO
18-29 AÑOS	50	24	18	8
30-39 AÑOS	50	26	20	11
40-49 AÑOS	50	27	22	13
50-59 AÑOS	50	30	24	15
60-70 AÑOS	50	34	26	17

- **Dieta:** Variable dicotómica- nominal. Se clasificó en: pacientes que siguieron simplemente los hábitos dietéticos aconsejados y pacientes que hicieron dieta bajo la supervisión de nuestra dietista.
- **Ejercicio:** Variable dicotómica. SÍ/NO. Se consideró que una persona sí realizaba ejercicio físico de manera regular si como mínimo caminaba durante 30 minutos a paso ligero 3-5 días a la semana.
- **Fumador:** Variable policotómica: SÍ/NO/exfumador.
- **¿Cuánto fuma?:** Variable cuantitativa continua. Número de cigarrillos al día, en el caso de fumadores.
- **Alcohol**: Variable cuantitativa continua. Se medirá en UBE (Unidad de bebiba estándar). La unidad de bebida estándar española equivale a 10 g de alcohol puro, que es la cantidad de alcohol que hay en un vaso pequeño de vino, una

caña de cerveza o media copa de licor. A continuación se muestra una tabla para calcular cada bebida en UBE [96].

Tabla 13: Equivalencia de las consumiciones en unidades de bebida estándar (UBE):

1 vaso pequeño de vino	1 UBE
1 quinto o una caña de cerveza	1 UBE
1 copa de jerez	1 UBE
1 carajillo	1 UBE
1/2 whisky	1 UBE
1 chupito	1 UBE
1 copa de cava	1 UBE
1 copa de coñac	2 UBE
1 mediana de cerveza	1 1/2 UBE
1 combinado	2 UBE

- **Consumo de medicamentos y otros productos sanitarios:** Variable cuantitativa continua, medida en euros (€) del coste bruto del paciente a lo largo del estudio. Se registró cada vez que acudía el paciente a la farmacia el número y coste de recetas crónicas, el número y coste de recetas no crónicas y el tipo y coste de otros productos que adquiría (Anexo 11).
- **Tipo de Servicio Asistido**: Variable cualitativa, categorizada en: Educación Sanitaria (GES)/ Seguimiento Farmacoterapéutico (GSFT).
- **Consultas no citadas:** Variable cuantitativa. Se registró el número, tipo de consultas, la solución que se le ofrece en la farmacia y si dicha solución resolvió el problema de salud en el tiempo considerado (Anexo 11).
- **Tiempo**: Variable cuantitativa. Tiempo empleado en cada paciente por el auxiliar y por el farmacéutico en minutos
- **Lugar de residencia del paciente**: Variable cuantitativa. En las farmacias de costa es muy importante fidelizar a pacientes que viven en la playa y en los pueblos más cercanos. Para categorizar esta variable se preguntó la dirección exacta de residencia del paciente y se midió con una aplicación informática (Google Earth) la distancia de la farmacia a su domicilio y se midió con el mismo programa si el paciente tenía alguna otra farmacia más cerca de su domicilio.
- **Grado de satisfacción**: Variable cualitativa. Se define como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes- usuarios[90]. Tanto al inicio como al final del estudio, se realizó a todos los pacientes (GES y GSFT) un cuestionario con preguntas para averiguar el grado de satisfacción del paciente

por la farmacia y por los servicios ofrecidos[89] (Anexo 7). Paralelamente, a los pacientes del GSFT se les realizó un cuestionario autoadministrable, semi-estructurado (anexo 8) de Armando, P. et.al.[90] para estudiar la valoración de la satisfacción de los pacientes sobre el servicio de SFT. Se evaluaron estadísticamente que ítems fueron los mejor valorados por los pacientes. Estos cuestionarios fueron anónimos, con tal de que los pacientes contestaran con la máxima sinceridad.

5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A partir del programa estadístico SPSS 18.0 para Windows se realizó el siguiente análisis:

Inicialmente se describieron las variables cualitativas calculando frecuencias absolutas y relativas y, para las numéricas, medias y desviaciones típicas para las que se distribuyen normalmente y medianas y percentiles para las que no cumplían la normalidad.

Se realizó la descripción en global y para ambos grupos de estudio y/o visitas.

Posteriormente se analizaron las posibles diferencias dadas en el tiempo y si éstas eran debidas a la intervención a partir de Modelos Lineales Generalizados de Medidas Repetidas, a partir del estadístico Lambda de Wilks.

Para la comparación de los gastos totales entre grupos, por tratarse de variables numéricas no normales, se aplicó el test no paramétrico de la U de Mann Whitney.

La Prueba de Chi-cuadrado de Pearson se utilizó para la comparación de proporciones de variables independientes y la Prueba de T para comparar las diferencias de medias de variables cuantitativas.

En el caso de los test de satisfacción, al ser test anónimos y no poder relacionar por ello las respuestas de los pacientes al inicio y final del estudio, se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de los pacientes.
Se asumió como valor estadísticamente significativo $p<0,05$.

Finalmente, con el objetivo de estudiar qué variables influyen en el aumento del riesgo cardiovascular- vascular, grado de fidelización y consumo medio de medicamentos en la farmacia en estudio, se realizaron 3 análisis multivariantes intependientes: 2 regresiones logísticas para las variables dependientes RCV y grado de fidelización y 1 regresión lineal para la variable dependiente del gasto.

Como variables independientes se tomaron la edad, género, grupo, antecedentes de ECV, PAS, PAD, IMC, GB, CT, TG, perímetro de la cintura, modificaciones dietéticas, ejercicio y número de intervenciones farmacéuticas.

Valores OR<1 se consideraron factor protector. Valores OR>1 se consideraron factor de riesgo. La interpretación de los resultados se llevó a cabo con los valores de OR ajustada.

La *regresión logística de la variable RCV* se realizó con un total de 161 pacientes, en lugar de 200 pacientes, debido a valores perdidos en las variables independientes.

Debido al reducido tamaño de la muestra y al elevado número de variables, se realizó un modelo descriptivo (no predictivo).

El análisis desestimó del modelo la variable independiente perímetro de la cintura por existir correlaciones con la variable IMC, lo cual podría sobreestimar los resultados. Por la misma razón se descartó la variable independiente PAS, por existir altas correlaciones con las variables GB y PAD.

La *regresión logística para la variable fidelización* se realizó con un total de 157 pacientes, tras descartar los pacientes con variables perdidas en las variables independientes.

Se descartaron del modelo las variables independientes PAS, perímetro de la cintura y cumplimiento de modificaciones dietéticas por existir correlaciones con otras variables del modelo analizadas.

La *regresión lineal del consumo medio de medicamentos* se realizó con un total de 157 pacientes, tras descartar los pacientes con variables perdidas en las variables independientes.

Las variables independientes PAS y perímetro de la cintura fueron descartadas del modelo por existir correlaciones con otras variables independientes analizadas (se tuvieron en cuenta correlaciones de más del 30%).

Las variables del modelo analizado explican el 9,4% del gasto total (R^2=0,094).

R^2 se corresponde con la variabilidad explicada por el modelo de la variable principal. Toma valores de 0 a 1 (o de 0 a100). En el presente análisis el modelo sólo explica el 9,4% del gasto total, por lo que será un modelo puramente descriptivo de las variables del estudio (no predictivo).

5.6. CUESTIONES ÉTICAS

Este trabajo ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario la Fe de Valencia.

Los pacientes participaron en el estudio de manera voluntaria, para ello se les informó del estudio y firmaron un consentimiento informado (Anexo 1) donde se informaba del objetivo del trabajo y aceptaron participar libremente. Los pacientes se podían retirar del estudio libremente.

A cada paciente se le realizó educación sanitaria personalizada, con el objetivo de mejorar o controlar los factores de riesgo modificables con medidas higiénico-dietéticas en los pacientes del GES, y educación sanitaria y SFT en los pacientes del GSFT. Además, se les informó de los objetivos terapéuticos relacionados con sus FRCV y se les entregó documentación escrita (calendario, folleto tabaco) que les recordara los hábitos higiénico- dietéticos que debían seguir.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. CAPTACIÓN DE PACIENTES

Tabla 14: Captación de pacientes

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		p
		N	%	N	%	N	%	
PACIENTES CAPTADOS		200	100	100	50	100	50	--
ABANDONOS		19	100	12	63,2	7	36,8	0,335****
PACIENTES QUE FINALIZARON EL ESTUDIO		181	100	88	48,6	93	51,4	--
PACIENTES HABITUALES		139	76,8	64	72,7	75	80,6	--
PACIENTES NUEVOS		42	23,2	24	27,3	18	19,4	--
¿CÓMO FUERON CAPTADOS?	POR SU MEDICACIÓN EN EL MOMENTO DE LA DISPENSACIÓN	82	45,3	42	47,7	40	43	--
	POR ALGUNA CONSULTA DEL PACIENTE	36	19,9	14	15,9	22	23,7	--
	POR RECOMENDACI-ÓN DE UN CONOCIDO	63	34,8	32	36,4	31	33,3	--
MUNICIPIO DONDE RESIDE	PLAYA MIRAMAR	96	53,3	42	47,7	54	58,7	--
	PLAYA BELLREGUARD	38	21,1	21	23,9	17	18,5	--
	OTROS	46	25,6	25	28,4	21	22,8	--
DESLAZAMIEN-TO DE PACIENTES A NUESTRA FARMACIA	VIENE A LA FARMACIA SIN SER LA MÁS CERCANA	71	39,2	35	39,8	36	38,7	1****
	NUESTRA FARMACIA ES LA MÁS CERCANA	110	60,8	53	60,2	57	61,3	--

Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; * Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico.

6.2. PARTE CLÍNICA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIANTE

6.2.1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR NO MODIFICABLES

Tabla 15: Factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables de la población de estudio

			TOTAL PACIENTES	GES	GSFT	p
EDAD	Mín.		26	28	26	0,478*****
	Max.		85	82	85	
	Media (DE)		63,50 (DE 12,26)	62,83 (DE 12,03)	64,13 (DE 12,50)	
GÉNERO	MUJERES	N	94	49	48	0,690****
		%	53,6	55,7	51,6	
	HOMBRES	N	87	39	45	
		%	46,4	44,3	48,4	
ANTECEDENTES PERSONALES DE ECV	SÍ (PREVENCIÓN SECUNDARIA)	N	21	9	12	0,742****
		%	11,6	10,2	12,9	
	NO (PREVENCIÓN PRIMARIA)	N	160	79	81	
		%	88,4	89,9	87,1	
HERENCIA	SÍ	N	66	24	42	0,019***
		%	36,5	27,3	45,2	
	NO	N	115	64	51	
		%	63,5	72,7	54,8	

Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; * Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; ***** Prueba T: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos. GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico.

6.2.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR MODIFICABLES Y OTROS PARÁMETROS RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

Tabla 16: Factores de riesgo cardiovascular- vascular modificables y otros parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular- vascular en la población de estudio.

		TOTAL PACIENTES					GES					GSFT					p
		N	Mín.	Máx.	Media (DE)	%variación (Vi-Vf)	N	Mín.	Máx.	Media (DE)	%variación (Vi-Vf)	N	Mín.	Máx.	Media (DE)	%variación (Vi-Vf)	
PAS (mmHg)	Vi	181	98	188	142 (DE 2,25)	-7,7	88	98	186	139 (DE 2,16)	-4,3	93	98	188	144 (DE 2,32)	-9,7	0,001*
	Vf	181	94	168	131 (DE 1,39)		88	94	168	133 (DE 1,67)		93	97	167	130 (DE 1,18)		
PAD (mmHg)	Vi	181	5	92	81,0 (DE 6,39)	-5,4	88	50	92	84,9 (DE 9,07)	-7,7	93	50	120	77,3 (DE 1,30)	-3,1	<0,001**
	Vf	181	56	74	76,6 (DE 6,28)		88	58	74	78,3 (DE 7,17)		93	56	94	74,9 (DE 5,34)		
FC (puls/ min.)	Vi	181	45	120	72,01 (DE 11,45)	-3,2	88	45	120	71,99 (DE 11,79)	-1,6	93	52	99	72,03 (DE 11,18)	-4,6	0,015*
	Vf	181	49	98	69,73 (DE 8,05)		88	49	98	70,80 (DE 8,53)		93	55	88	68,72 (DE 7,48)		
PESO (Kg.)	Vi	181	41,6	118,6	75,46 (DE 13,57)	-2,9	88	52,5	118,6	74,90 (DE 12,35)	-1,9	93	41,6	116,6	75,99 (DE 14,67)	-3,9	0,002*
	Vf	181	42	118	73,27 (DE 12,30)		88	52,3	118	73,50 (DE 11,63)		93	42	105,3	73,05 (DE 12,96)		
IMC	Vi	181	17,3	48,8	28,34 (DE 4,41)	-2,9	88	22	39,9	28,25 (DE 3,82)	-1,8	93	17,3	48,8	28,43 (DE 4,92)	-4,0	0,003*
	Vf	181	17,5	39,2	27,51 (DE 3,91)		88	20,3	39,2	27,75 (DE 3,66)		93	17,5	37,7	27,29 (DE 4,14)		

% GRASA CORPORAL	Vi	179	20,5	50	38,27 (DE 7,34)	-3,0	87	22,7	50	38,56 (DE 7,52)	-2,1	92	20,5	50	38,00 (DE 7,19)	-3,9	<0,001**
	Vf	179	20,2	50	37,10 (DE 7,75)		87	20,8	50	37,74 (DE 8,19)		92	20,2	50	36,49 (DE 7,29)		
GB (mg/dl)	Vi	181	73	328	115,34 (DE 35,79)	-10,9	88	74	328	111,25 (DE 36,97)	-6,3	93	73	259	119,20 (DE 34,39)	-15	0,004*
	Vf	181	70	186	102,71 (DE 18,72)		88	73	186	104,18 (DE 21,33)		93	70	154	101,31 (DE 15,86)		
CT (mg/dl)	Vi	181	150	300	215,03(DE 37,54)	-11,1	88	150	300	212,40 (DE 35,40)	-7,7	93	150	300	217,53 (DE 39,49)	-14,2	0,002*
	Vf	181	150	263	191,16 (DE 23,19)		88	150	263	195,93 (DE 26,59)		93	150	227	186,65 (DE 18,48)		
TG (mg/dl)	Vi	181	70	600	211,85 (DE 143,25)	-43,3	88	70	600	208,78 (DE 137,85)	-36,7	93	70	600	214,74 (DE 148,86)	-49,4	<0,001**
	Vf	181	70	600	120,08 (DE 51,76)		88	70	600	132,24 (DE 66,23)		93	70	192	108,57 (DE 28,62)		
PERÍMETRO CINTURA (cm.)	Vi	181	62	152	98,48 (DE 15,57)	-2	88	67	152	98,57 (DE 14,64)	-1	93	62	142	98,39 (DE 16,48)	-2,8	0,01*
	Vf	181	62	150	96,56 (DE 15,10)		88	67	150	97,58 (DE 14,65)		93	62	140	95,59 (DE 15,53)		
ICC	Vi	181	0,67	1,20	0,92 (DE 0,12)	-1,1	88	0,69	1,20	0,93 (DE 0,12)	-1,1	93	0,67	1,20	0,91 (DE 0,13)	-1,1	<0,001**
	Vf	181	0,67	1,20	0,91 (DE 0,12)		88	0,69	1,18	0,92 (DE 0,12)		93	0,67	1,20	0,90 (DE 0,13)		
ICA	Vi	181	0,4	0,9	0,60 (DE 0,09)	-3,3	88	0,4	0,8	0,60 (DE 0,87)	-1,7	93	0,4	0,9	0,60 (DE 0,10)	-3,3	0,002*
	Vf	181	0,37	0,96	0,58 (DE 0,09)		88	0,42	0,83	0,59 (DE 0,87)		93	0,37	0,96	0,58 (DE 0,97)		

SCORE	Vi	181	0	17	3,13 (DE 3,04)	-35,1	88	0	17	2,98 (DE 2,90)	-27,8	93	0	17	3,28 (DE 3,17)	-41,5	0,031*
	Vf	181	0	8	2,03 (DE 1,62)		88	0	8	2,15 (DE 1,65)		93	0	8	1,92 (DE 1,59)		

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente; ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; PAS: Presión arterial sistólica; PAD: Presión arterial diastólica; FC: Frecuencia cardiaca; IMC: Índice de masa corporal; GB: Glucosa Basal; CT: Colesterol; TG: Triglicéridos; ICC: Índice cintura- cadera; ICA: Índice cintura-altura; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

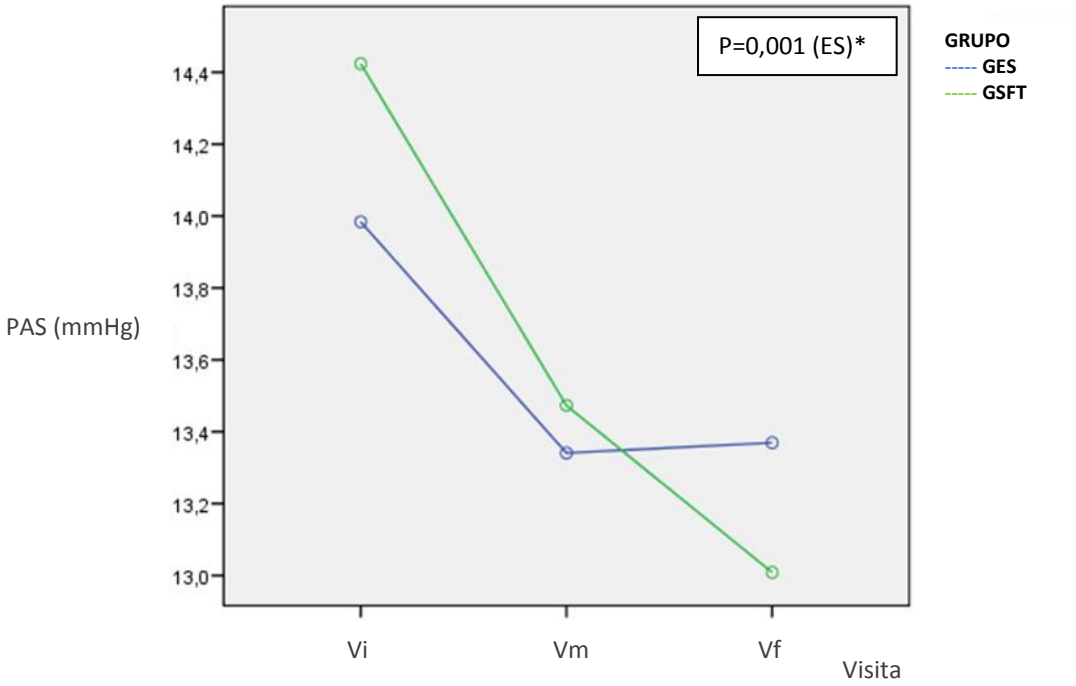
6.2.3. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR-VASCULAR MODIFICABLES

Tabla 17: Pacientes con diagnóstico de hipertensión, diabetes y dislipemia

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT	
		N	%	N	%	N	%
PACIENTES CON HTA DIAGNOSTICADA	Vi	94	51,9	46	52,3	48	51,6
	Vf	101	55,8	48	54,5	53	57
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DM	Vi	33	18,2	12	13,6	21	22,6
	Vf	37	20,4	14	15,9	23	24,7
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISLIPEMIA	Vi	94	51,9	51	58	43	46,2
	Vf	105	58	55	62,5	50	53,8

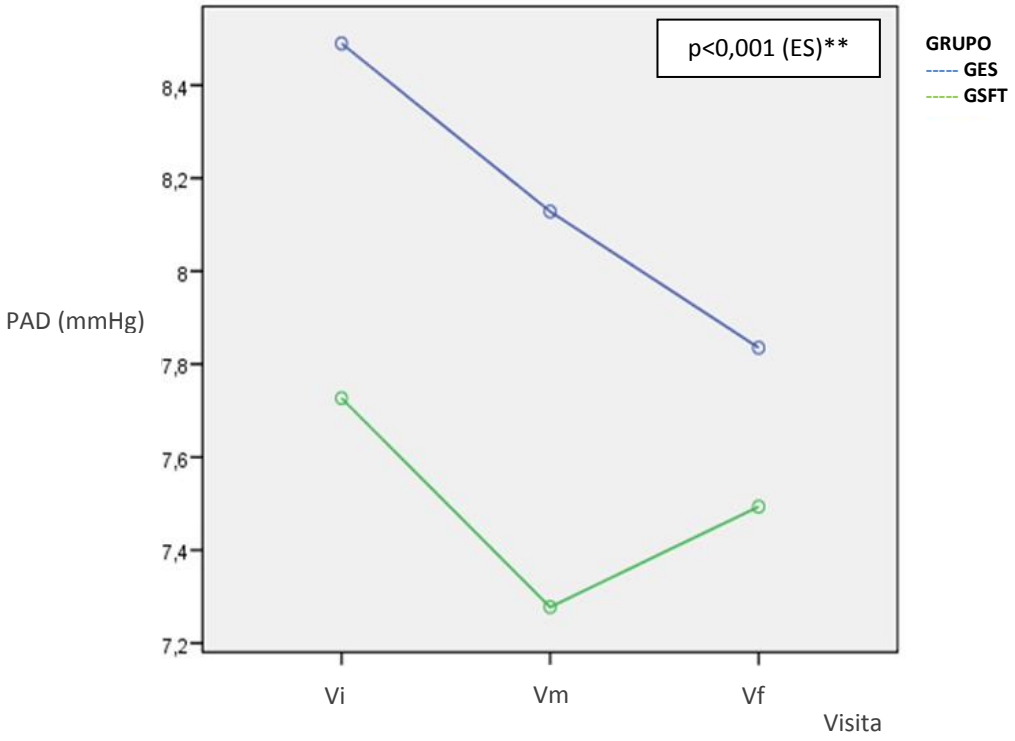
GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Gráfica 1: Evolución del valor medio de presión arterial sistólica



PAS: Presión arterial sistólica; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

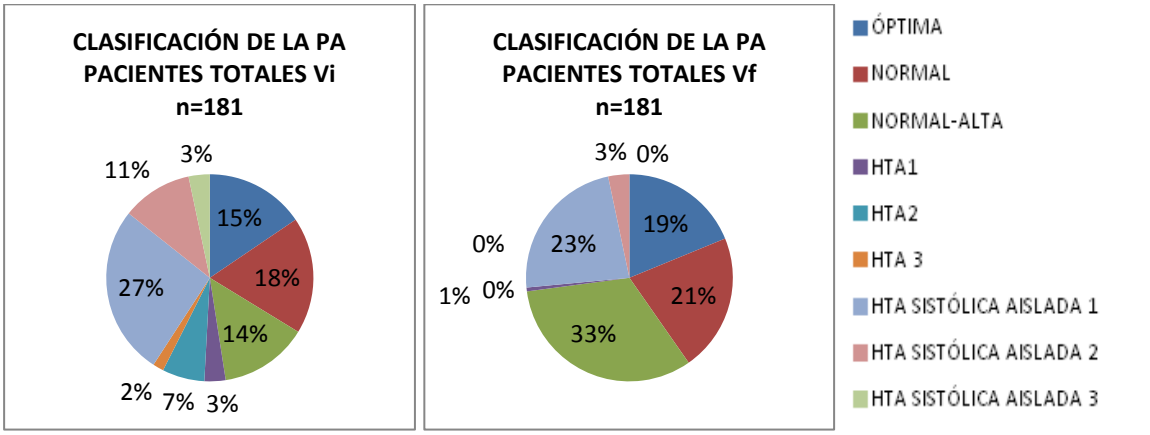
Gráfico 2: Evolución del valor medio de presión arterial diastólica



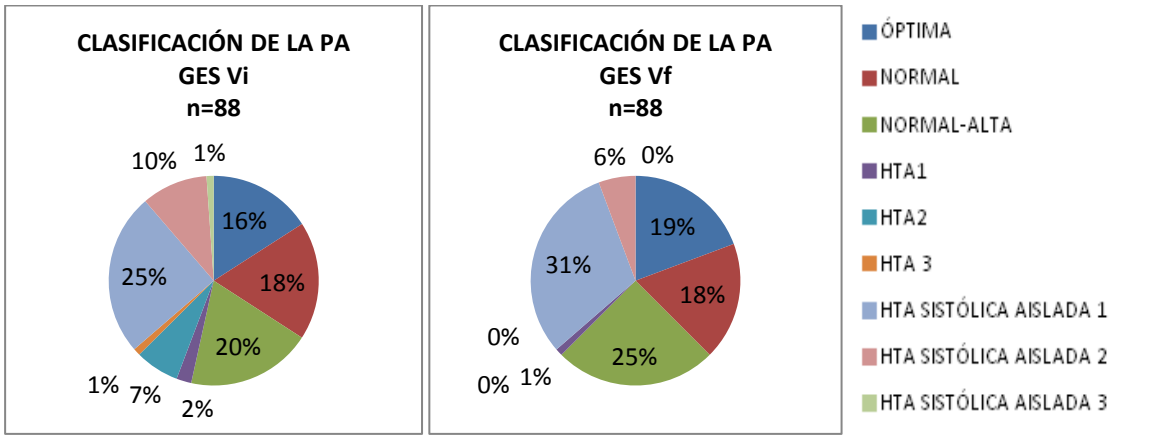
PAD: Presión arterial diastólica; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráficos 3: CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

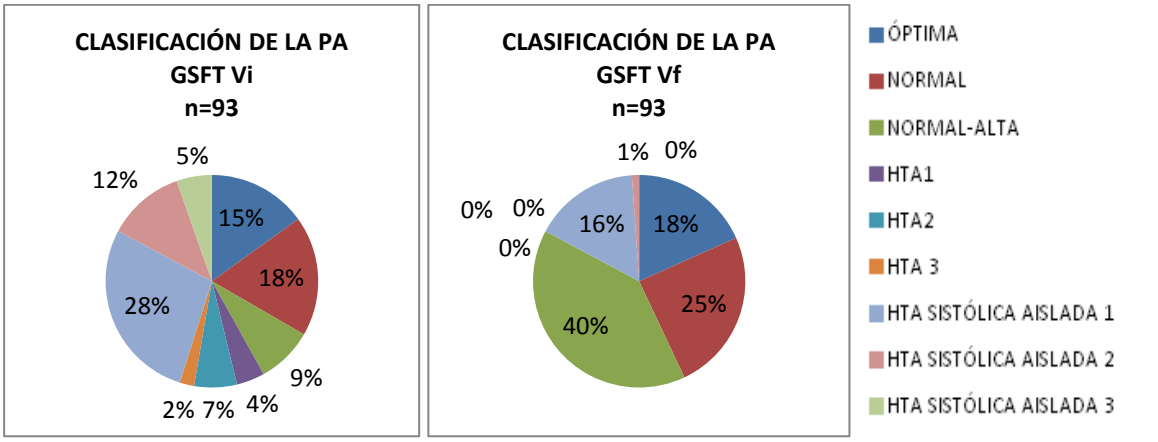
PACIENTES TOTALES



GES

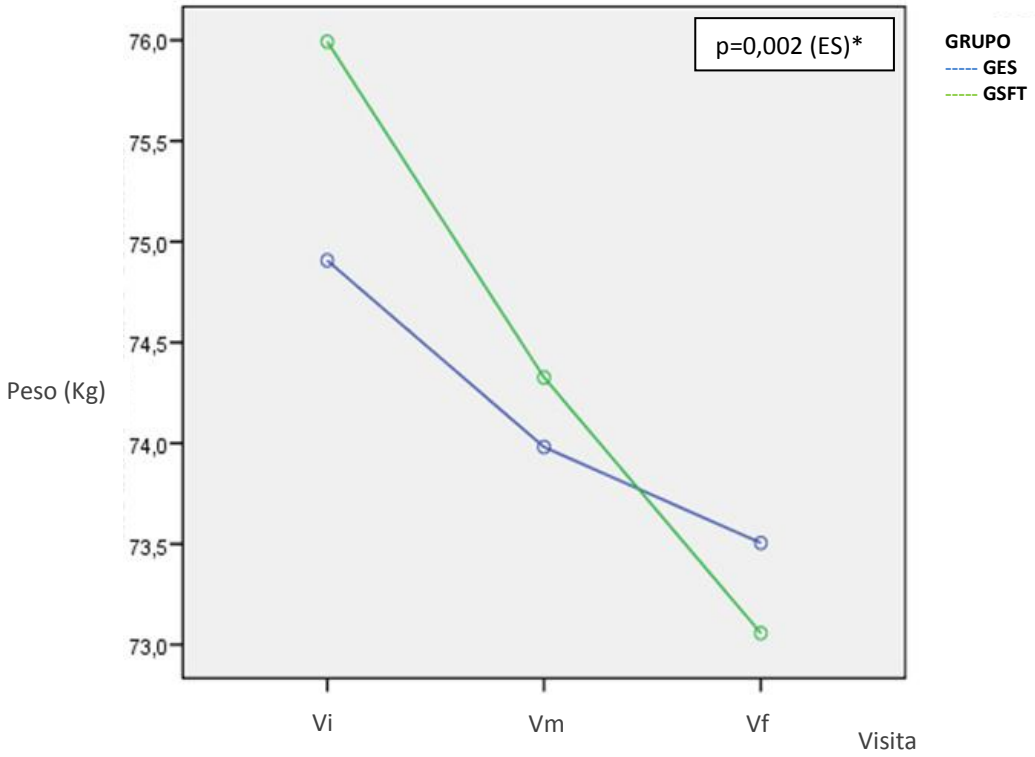


GSFT



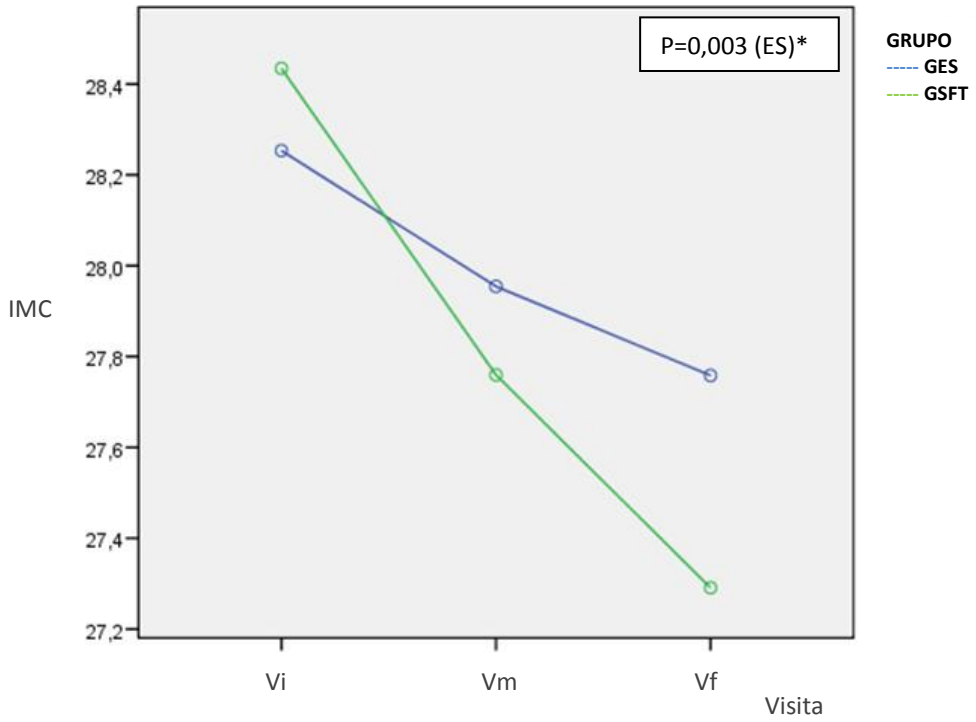
GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; PA: Presión arterial; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Gráfica 4: Evolución del valor medio de peso corporal



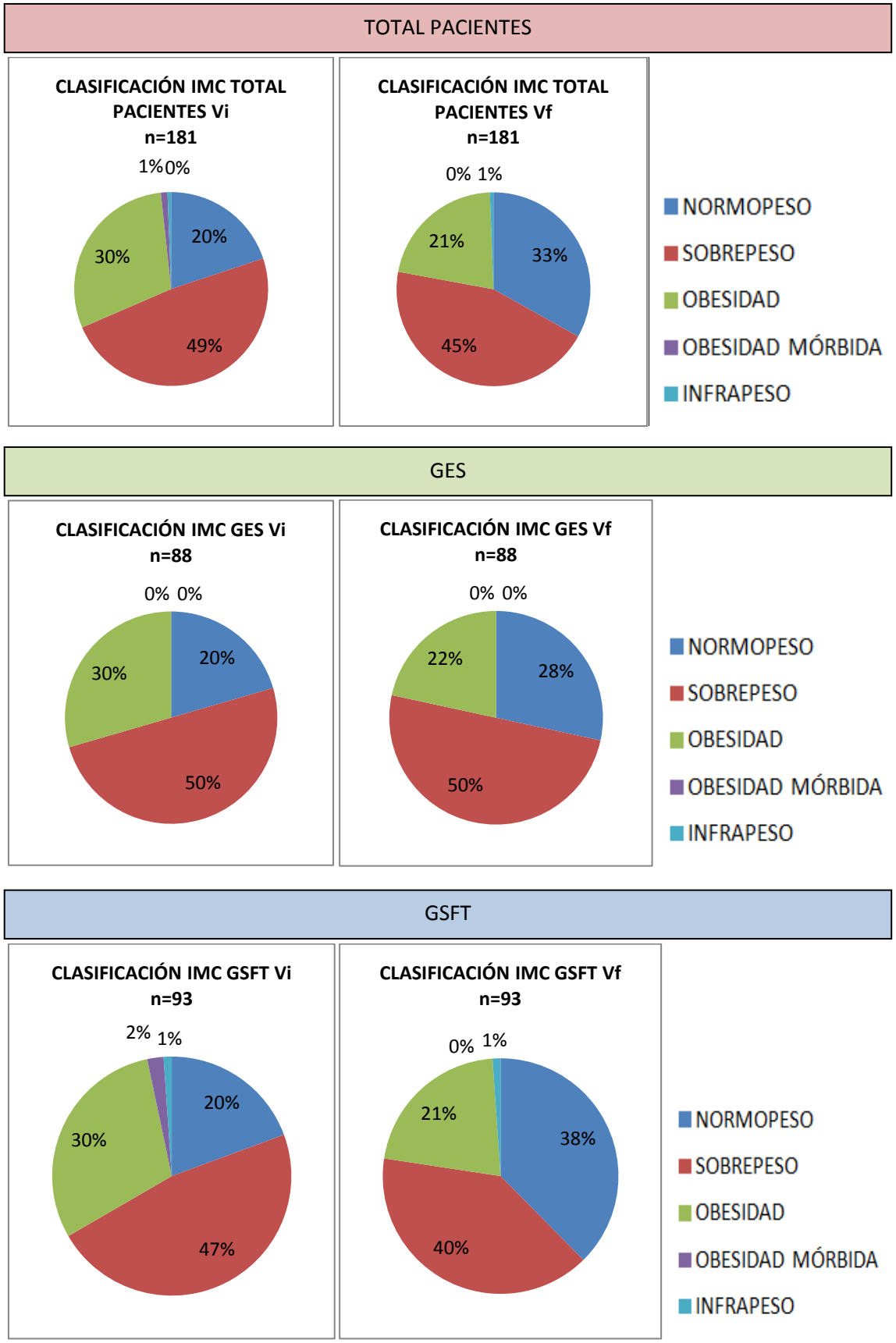
Peso (Kg); Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráfica 5: Evolución del valor medio de IMC



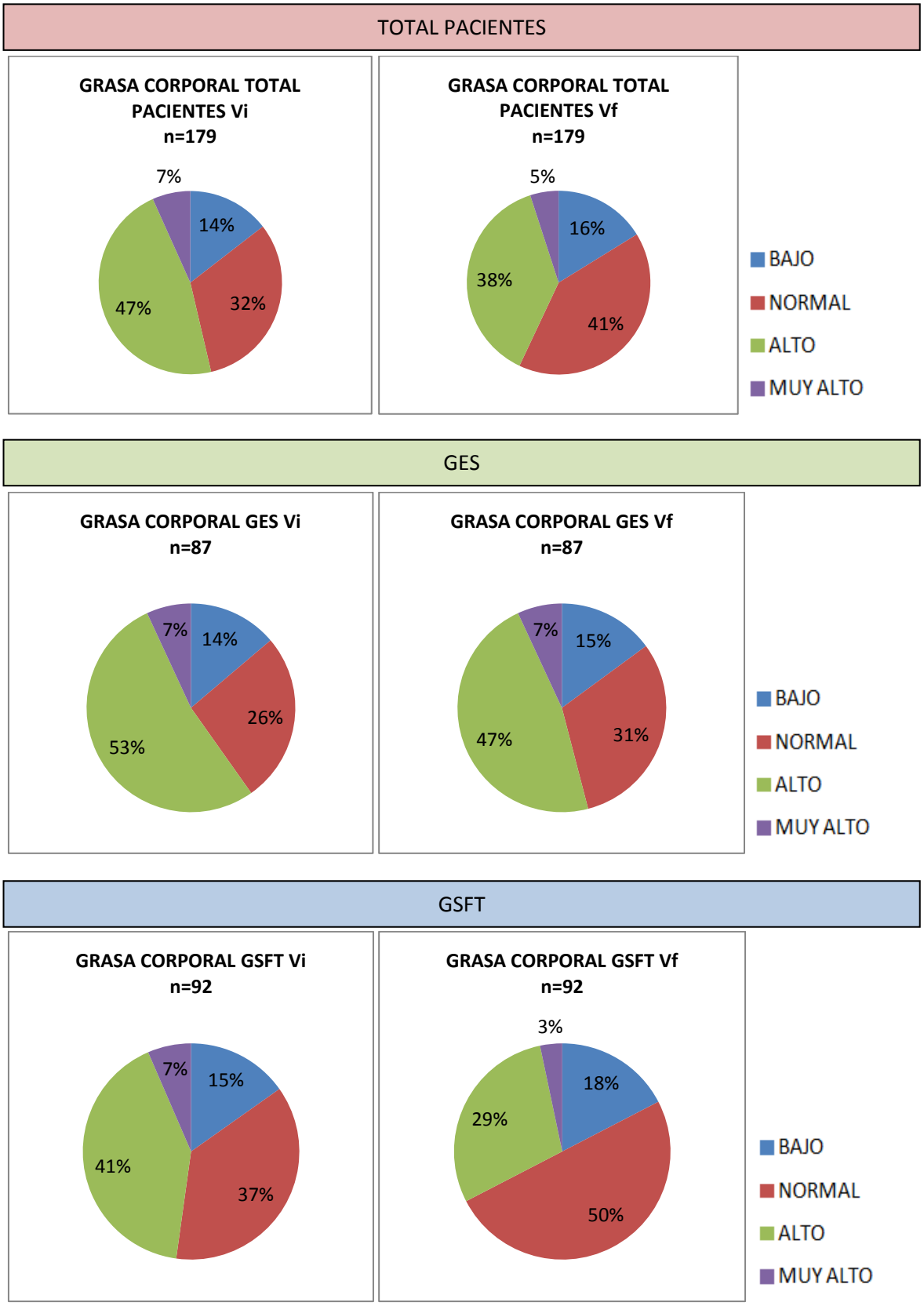
IMC: Índice de masa corporal; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráficos 6: Clasificación del IMC



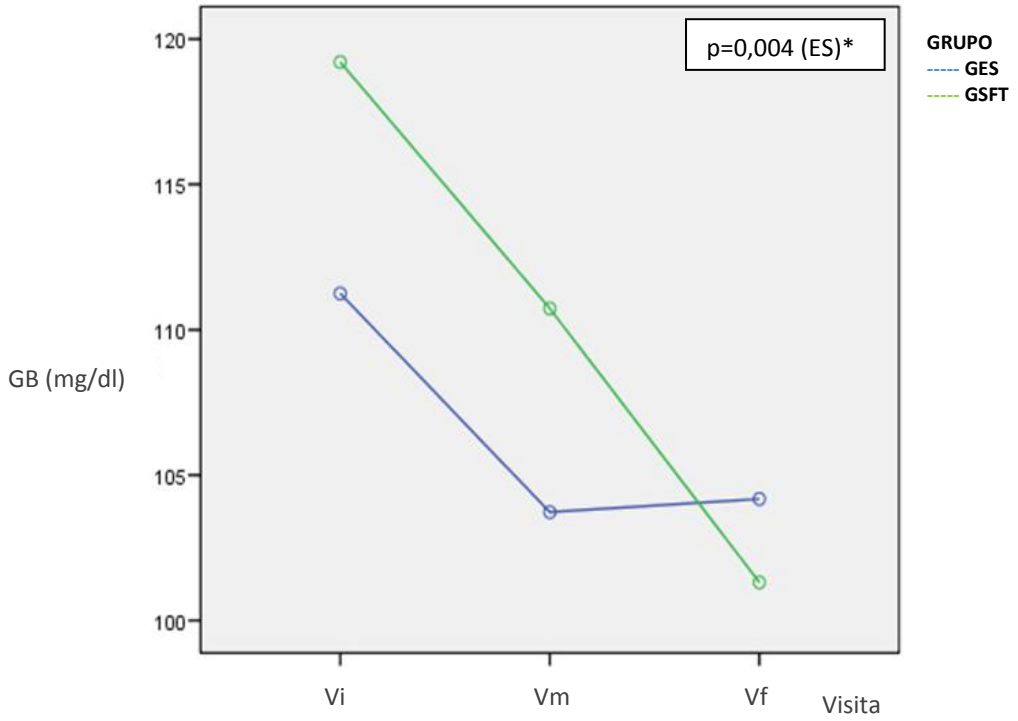
GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; IMC: Índice de masa corporal; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Gráficos 7: Clasificación del porcentaje de grasa corporal



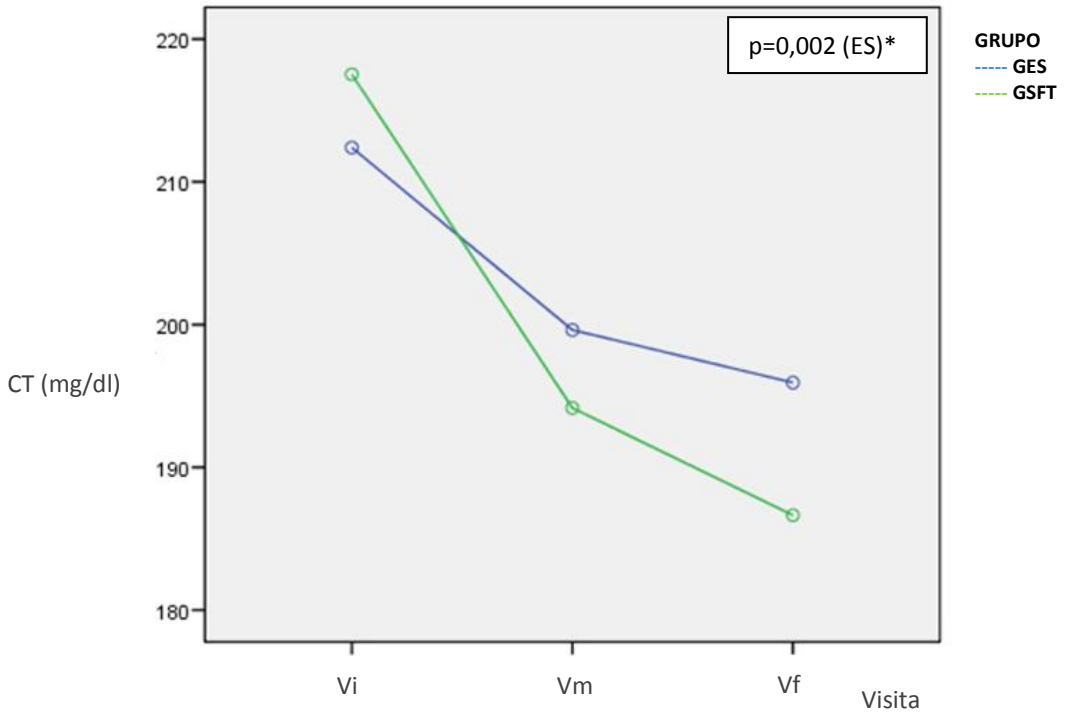
GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Gráfico 8: Evolución de los valores de glucosa basal



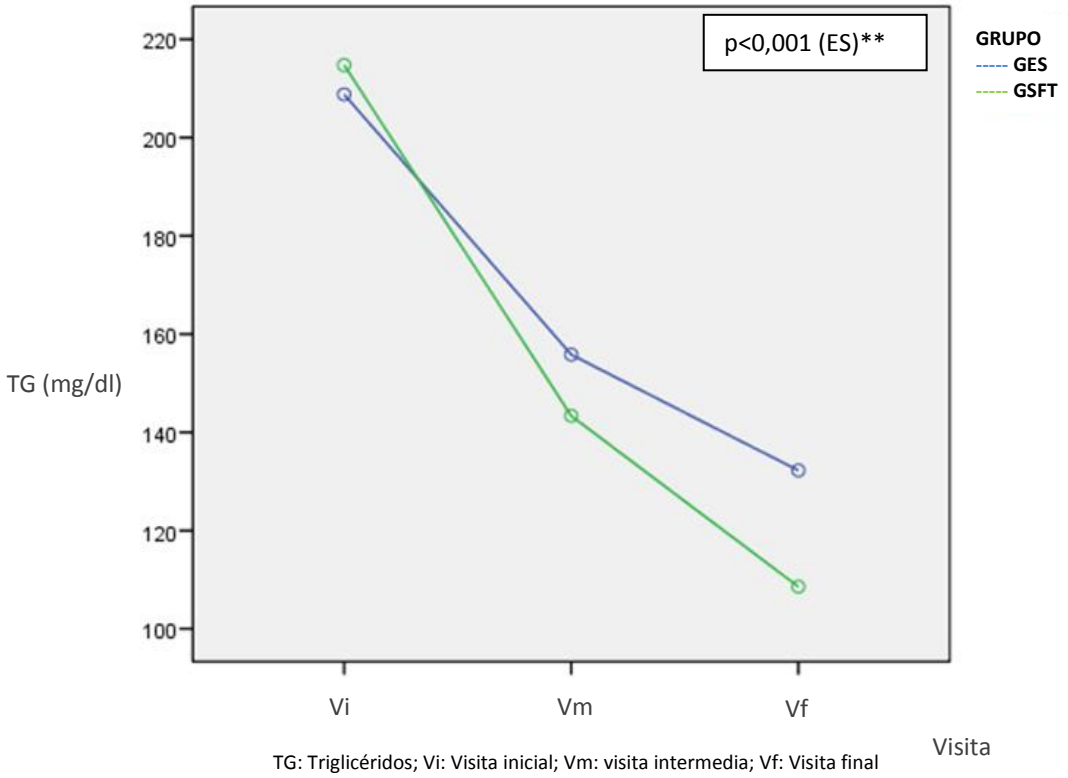
GB: Glucosa Basal; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráfico 9: Evolución de los valores de colesterol total



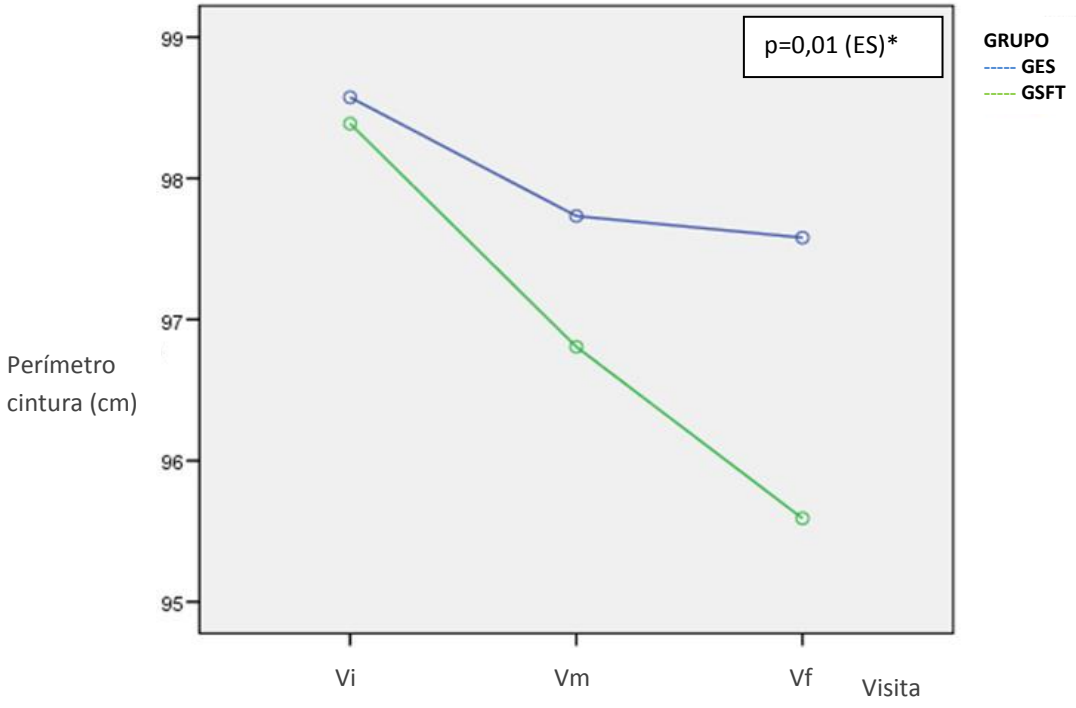
CT: Colesterol Total; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráfico 10: Evolución del valor medio de triglicéridos



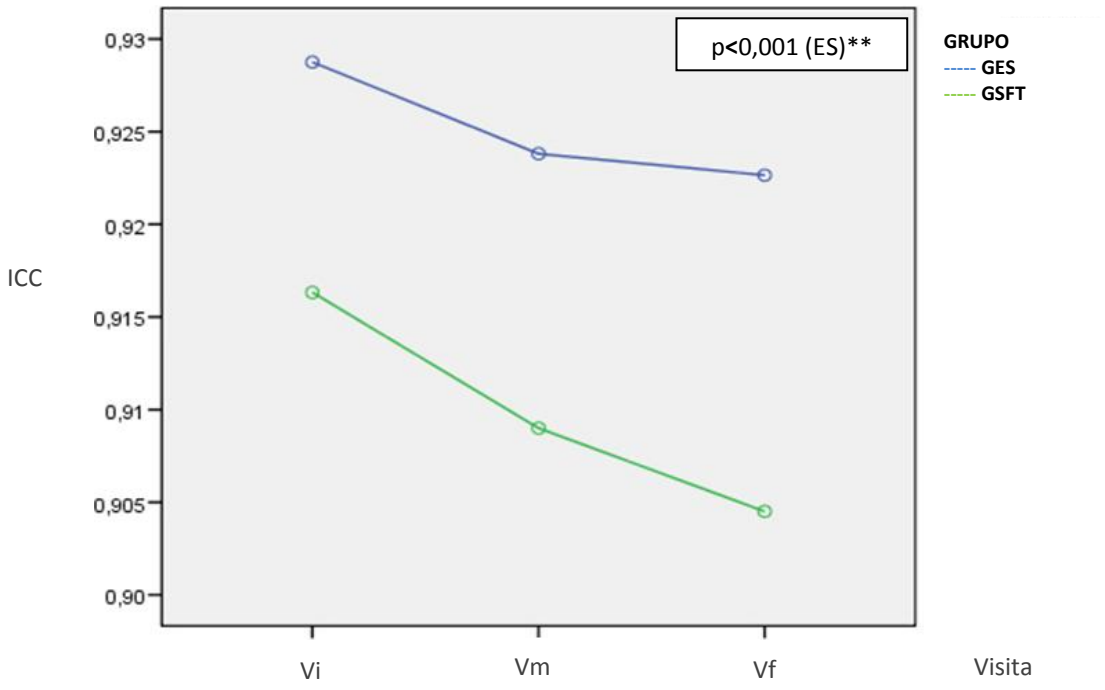
TG: Triglicéridos; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráfico 11: Evolución del perímetro de la cintura



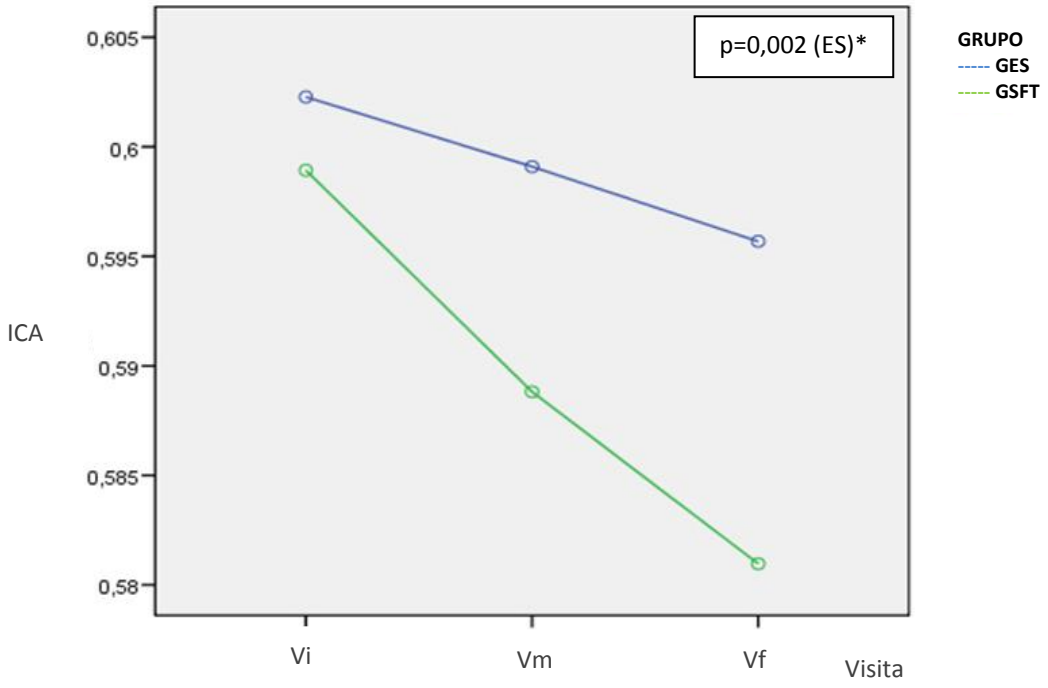
Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráfico 12: Evolución del valor medio de índice cintura- cadera



ICC: Índice cintura-cadera; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

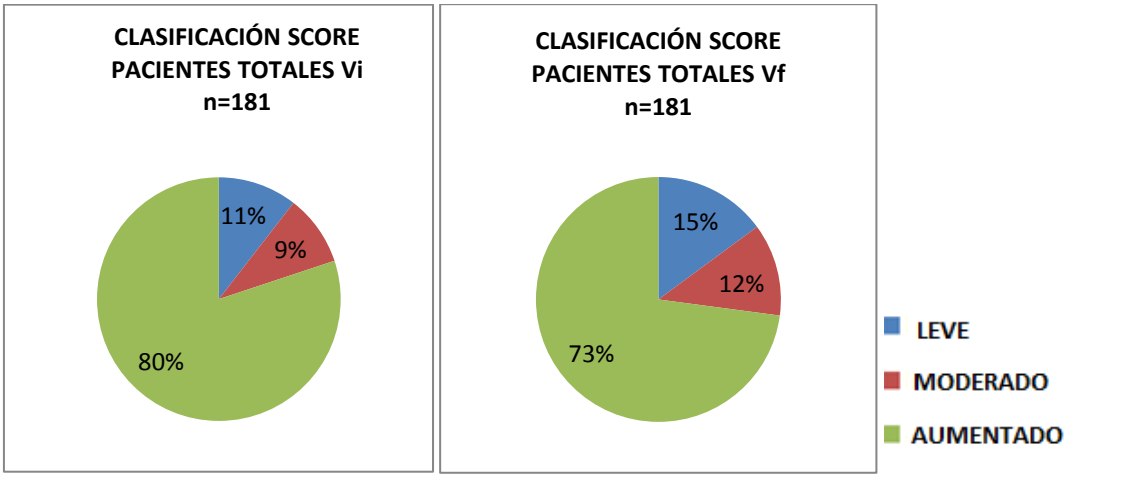
Gráfico 13: Evolución de los valores de índice cintura- altura



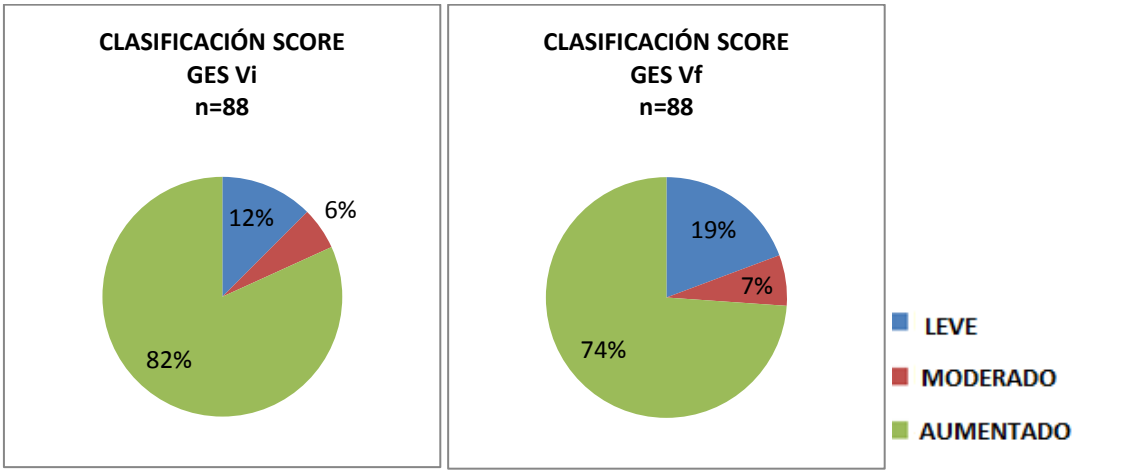
ICA: Índice cintura-altura; Vi: Visita inicial; Vm: visita intermedia; Vf: Visita final

Gráficos 14: Clasificación del riesgo cardiovascular- vascular (SCORE)

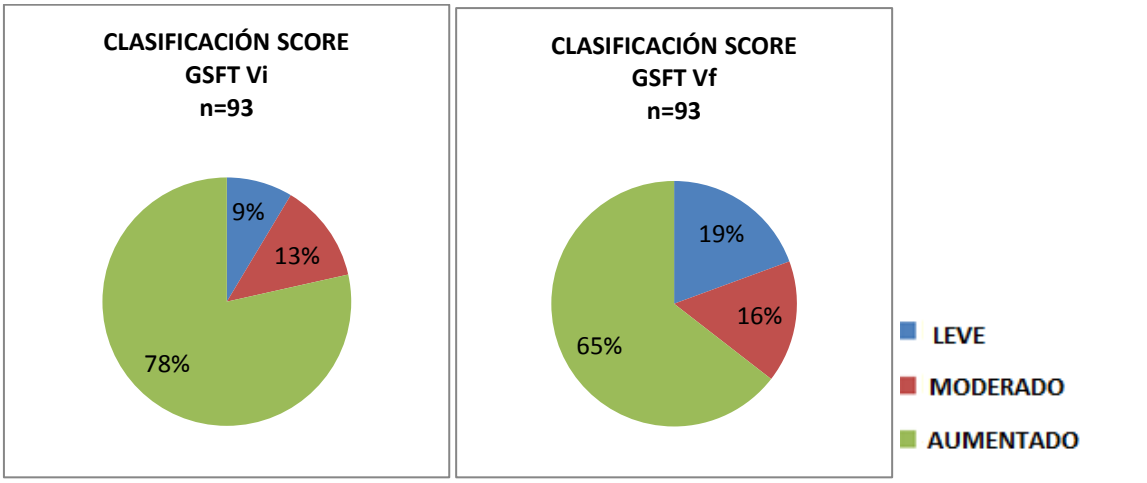
TOTAL PACIENTES



GES



GSFT



GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo Seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final

Tabla 18: Otros indicadores de riesgo cardiovascular- vascular aumentado: perímetro de la cintura, índice cintura- cadera e índice cintura- altura.

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		p
		N	%	N	%	N	%	
PACIENTES EN LOS QUE EL PERÍMETRO CINTURA ES UN FRCV	Vi	114	63	55	62,5	59	63,4	1****
	Vf	98	54,1	51	58	47	50,5	0,394****
PACIENTES EN LOS QUE EL ICC INDICA RCV AUMENTADO	Vi	124	68,5	62	70,5	62	66,7	0,698****
	Vf	117	64,6	58	65,9	59	63,4	0,848****
PACIENTES EN LOS QUE EL ICA INDICA RCV AUMENTADO	Vi	161	89	78	88,6	73	89,2	1****
	Vf	157	86,7	79	89,9	78	83,9	0,342****

***Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos;
**** Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Tabla 19. Mejoras obtenidas en los factores de riesgo cardiovascular- vascular de los pacientes

Vi-Vf							
	TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		p
	N	%	N	%	N	%	
% DE PACIENTES QUE PASARON DE PA NO CONTROLADA EN Vi A UNA PA CONTROLADA EN Vf	67	72	10	22,7	29	52,7	0,0013***
%PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO DE PESO	129	71,3	52	59,1	77	82,8	0,001 ***
%PACIENTES QUE DISMINUYERON LOS NIVELES DE GB	111	100	44	39,6	67	60,4	0,004 ***
%PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO LOS NIVELES DE CT	128	100	56	43,8	72	53,3	0,123****

PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO LOS NIVELES DE TG	130	100	59	45,4	71	54,6	0,357 ****

***Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos;
**** Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; GB: Glucosa basal; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Tabla 20: Relación de la pérdida de peso con la mejora de otros factores de riesgo cardiovascular- vascular.

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT	
		N	%	N	%	N	%
PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO DE PESO	SUPERVISIÓN DIETISTA	12	92,3	7	85,7	5	100
	SUPERVISIÓN FARMACÉUTICO	113	69,3	43	55,8	70	81,4
	SUPERVISIÓN ENDOCRINO	4	80	2	66,7	2	100
PACIENTES QUE HAN DISMINUIDO DE PESO	MEJORADO PA	59	45,7	16	30,8	43	55,8
	MEJORA GB	90	69,8	33	63,5	57	74
	MEJORA CT	104	80	39	75	63	81,8
	MEJORA TG	105	81,4	42	80,8	63	81,8

GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; PA: Presión arterial; GB: Glucosa basal; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos.

6.2.4. MODIFICACIÓN DEL NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD Y DEL NÚMERO DE MEDICAMENTOS USADOS (Vi-Vf)

Tabla 21: Número de problemas de salud y medicamentos usado (Vi-Vf)

			TOTAL MUESTRA		GES		GSFT		P
				% variación Vi-Vf		% variación Vi-Vf		% variación Vi-Vf	
Nº PROBLEMAS DE SALUD	Vi	N	181	-6,8	88	-2,9	93	-9,8	0,006*
		Mín.	1		1		1		
		Max.	14		14		12		
		Media (DE)	4,08(DE 2,21)		3,69(DE 2,14)		4,45(DE 2,23)		
	Vf	N	181		88		93		
		Mín.	0		0		0		
		Max.	14		14		13		
		Media (DE)	3,80(DE 2,37)		3,58(DE 2,24)		4,01(DE 2,48)		
Nº PS DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO	Vi	N	181	9,4	88	7,7	93	10,6	<0,001 **
		Mín.	0		0		0		
		Max.	13		13		11		
		Media (DE)	2,99 (DE 2,20)		2,85 (DE 2,12)		3,12 (DE 2,29)		
	Vf	N	181		88		93		
		Mín.	0		0		0		
		Max.	13		13		12		
		Media (DE)	3,27 (DE 2,34)		3,07 (DE 2,23)		3,45 (DE 2,43)		
Nº MEDICAMENTOS RCV	Vi	N	181	12,9	88	9,3	93	16,5	<0,001 **
		Mín.	0		0		0		
		Max.	8		7		8		
		Media (DE)	1,71(DE1,53)		1,72(DE1,46)		1,70(DE 1,60)		
	Vf	N	181		88		93		
		Mín.	0		0		0		
		Max.	11		7		11		
		Media (DE)	1,93(DE1,63)		1,88(DE1,56)		1,98(DE 1,70)		
MEDICAMENTOS NO RCV	Vi	N	181	12,4	88	7,8	93	17,2	<0,001 **
		Mín.	0		0		0		
		Max.	15		15		8		
		Mediana [25-75] /Media (DE)	1,00 [0,00-3,00] 2,10 (DE 2,48)		1,00 [0,00-3,00] 2,18 (DE 2,86)		2,00 [0,00-3,50] 2,03 (DE 2,06)		
	Vf	N	181		88		93		

		Mín.	0		0		0		
		Max.	14		14		10		
		Mediana [25-75] /Media (DE)	2,00[0,00-3,50] 2,36 (DE 2,63)		1,00 [0,00-3,00] 2,35 (DE 2,96)		2,00 [0,00-4,00] 2,38 (DE 2,28)		
TOTAL MEDICAMENTOS	**Vi**	**N**	181	12,6	88	8,5	93	16,6	<0,001 **
		Mín.	0		0		0		
		Max.	20		20		11		
		Media (DE)	3,81(DE3,20)		3,90(DE3,47)		3,73(DE2,94)		
	Vf	**N**	181		88		93		
		Mín.	0		0		0		
		Max.	20		20		14		
		Media (DE)	4,29(DE3,50)		4,23(DE3,76)		4,35(DE3,26)		

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente; ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; RCV: Riesgo cardiovascular-vascular; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

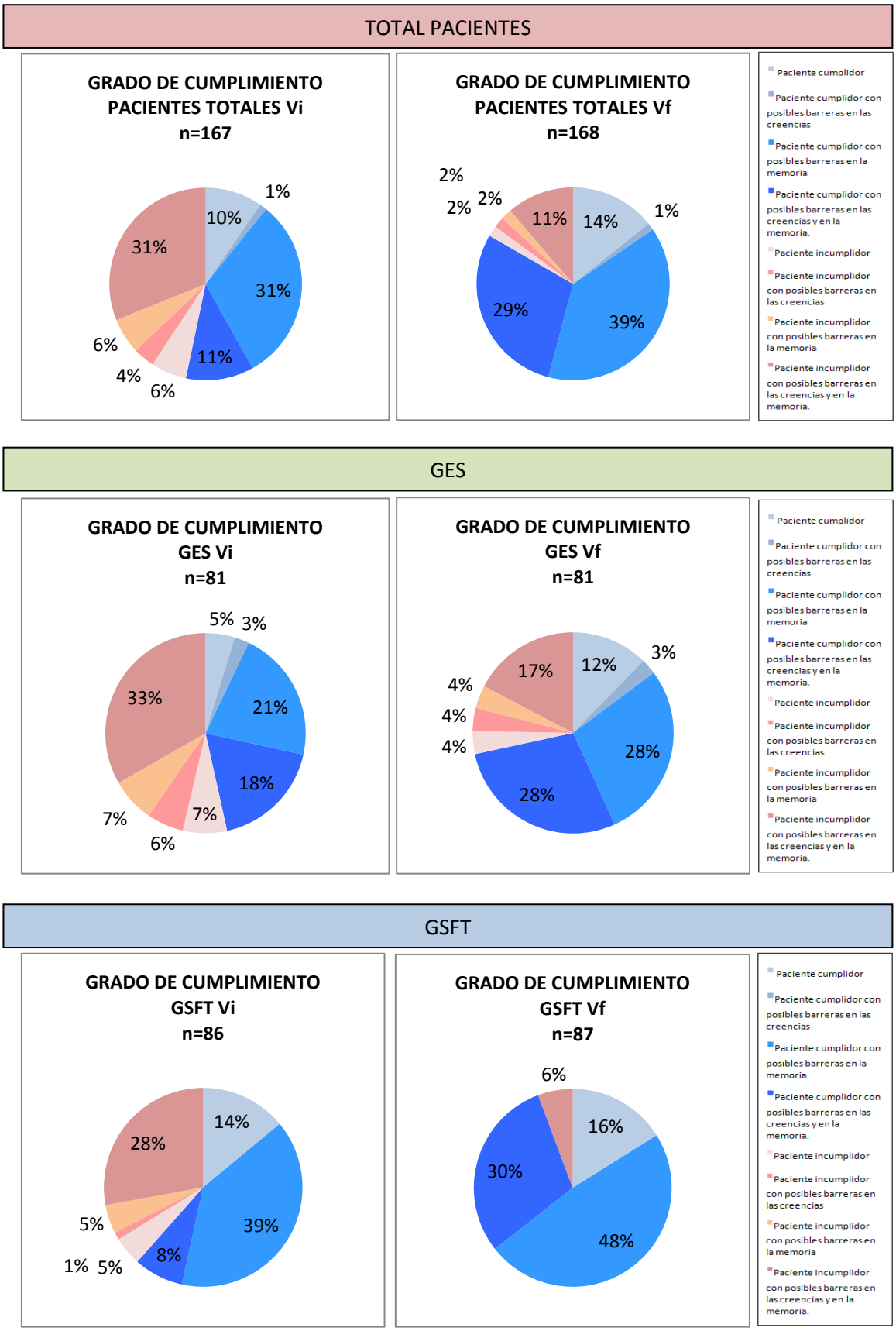
6.2.5. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO (Test BMQ)

Tabla 22: Cumplimiento terapéutico (Test BMQ)

		PACIENTES TOTALES		GES		GSFT		p
		N	%	N	%	N	%	
Vi-Vf	Pacientes incumplidores que pasaron a cumplidores	80	94,1	24	53,3	27	84,4	0,739****

**** Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Gráficos 15: Grado de cumplimiento (Test BMQ)



GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

6.2.6. EDUCACIÓN SANITARIA. PROMOCIÓN DE HÁBITOS CARDIOSALUDABLES

Tabla 23: Recomendaciones higiénico- dietéticas

				TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		P
				N	%	N	%	N	%	
DIETA	PACIENTES A LOS QUE SE LES ACONSEJARON MODIFICACIONES EN SUS HÁBITOS DIETÉTICOS		Vi	172	95	84	95,5	88	94,6	--
			Vf	161	89	80	90,9	81	87,1	--
	CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DIETÉTICAS	CUMPLE BIEN LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS ACONSEJADAS	Vi	70	40,7	29	34,5	41	46,6	0,240****
			Vf	68	42	25	31,3	43	52,4	0,024***
		CUMPLE ALGUNAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS	Vi	87	50,6	46	54,8	41	46,6	--
			Vf	85	52,5	50	62,5	35	42,7	--
		NO CUMPLE MODIFICACIONES DIETÉTICAS	Vi	15	8,7	9	10,7	6	6,8	--
			Vf	9	5,6	6	6,3	4	4,9	--
	SUPERVISIÓN DE LA DIETA DEL PACIENTE	DIETISTA	Vi	13	7,2	8	9,1	5	5,4	--
			Vf	4	2,2	2	2,3	2	2,2	--
		SÓLO RECOMENDACIONES POR PARTE DEL FARMACÉUTICO	Vi	163	90,1	77	87,5	86	92,5	--
			Vf	172	95	83	94,3	89	95,7	--
		ENDOCRINO	Vi	5	2,8	3	3,4	2	2,2	--

		Vf	5	2,8	3	3,4	2	2,2	--
OTC coadyuvantes en el tratamiento del RCV	NO	Vi	150	82,2	72	81,8	78	83,9	--
		Vf	157	86,7	77	87,5	80	86	--
	DISLIPEMIA	Vi	10	5,5	4	4,5	6	6,5	--
		Vf	10	5,5	3	3,4	7	7,5	--
	CONTROL DE PESO	Vi	19	10,5	12	13,6	7	7,5	--
		Vf	12	6,6	8	9,1	4	4,3	--
	PRESIÓN ARTERIAL	Vi	2	1,1	0	0	2	2,2	--
		Vf	2	1,1	0	0	2	2,2	--
EJERCICIO	30-60 MIN/DÍA 3-5 DÍAS/SEMANA (CAMINAR, BICI, NADAR,…)	Vi	93	51,4	50	56,8	43	46,2	0,202****
		Vf	144	80	68	77,3	76	82,6	0,479****
	% de pacientes que no realizaban ejercicio regular en Vi pero sí en Vf		52	100	18	47,4	34	68,0	0,013***
UBE	0	Vi	140	77,3	69	78,4	71	76,3	--
		Vf	149	82,3	70	79,5	79	84,9	--
	1	Vi	25	13,8	11	12,5	14	15,1	--
		Vf	24	13,3	14	15,9	10	10,8	--
	2	Vi	6	3,3	4	4,5	2	2,2	--
		Vf	7	3,9	3	3,4	4	4,3	--
	3	Vi	3	1,7	2	2,3	1	1,1	--
		Vf	1	0,6	1	1,1	0	0	--
	4	Vi	7	3,9	2	2,3	5	5,4	--
		Vf	0	0	0	0	0	0	--

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente; ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; ***Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; **** Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Tabla 24: Campaña antitabaco

				TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		p
				N	%	N	%	N	%	
TABAQUISMO	PACIENTES FUMADORES		Vi	18	9,9	9	10,2	9	9,7	1****
			Vf	15	8,3	8	9,1	7	7,5	0,911*****
	PACIENTES QUE ACEPTARON PLAN CAMPAÑA ANTITABACO		Vi	9	50	3	33,3	6	66,7	0,347*****
			Vf	9	50	3	33,3	6	66,7	0,347*****
	CIGARRILLOS /DÍA	Vi	Mín.	2		5		3		0,006**
			Máx.	27		27		20		
			Media (DE)	13,72 (DE 7,12)		14,67 (DE 7,31)		12,78 (DE 7,22)		
		Vf	Mín.	0		0		0		
			Máx.	20		20		20		
			Media (DE)	9,61 (DE 7,25)		11,33 (DE 7,76)		7,89 (DE 6,69)		
		%variación Vi-Vf		-29,95		-22,76		-38,26		
	TEST DE FAGERSTRÖM	NO DEPENDENCIA NICOTINA	Vi	1	5,6	0	0	1	11,1	
			Vf	2	13,3	1	12,5	1	14,3	
		DEPENDENCIA BAJA	Vi	7	38,9	3	33,3	4	44,4	
			Vf	5	33,3	2	25	3	42,9	
		DEPENDENCIA MODERADA	Vi	5	27,8	3	33,3	2	22,2	
			Vf	3	20	2	25	1	14,3	
		DEPENDENCIA	Vi	5	27,8	3	33,3	2	22,2	

		ALTA O MUY ALTA	Vf	5	33,3	3	37,5	2	28,6	
	TEST RICHMOND	MOTIVACIÓN BAJA	Vi	10	55,6	6	66,7	4	44,4	
			Vf	9	60	5	62,3	4	57,1	
		MOTIVACIÓN MODERADA	Vi	6	33,3	2	22,2	4	44,4	
			Vf	6	40	3	37,5	3	42,9	
		MOTIVACIÓN ALTA, ADELANTE	Vi	2	11,1	1	11,1	1	11,1	
			Vf	0	0	0	0	0	0	

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente. ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; ***Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; **** Prueba de Chi Cuadrado de Pearson: No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

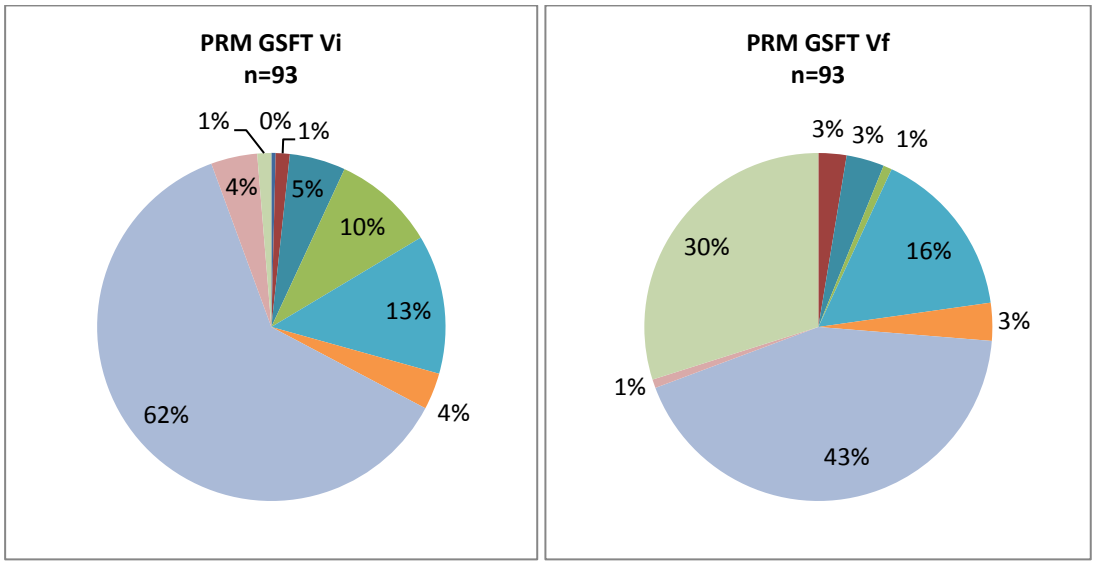
6.2.7. PRM Y RNM DETECTADOS EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (GSFT)

Tabla 25: Número de PRM Y RNM

		Vi	Vf	% de diferencia Vi-Vf	P
NÚMERO DE PRM	**N**	93	93	-65,2	<0,001*
	Mín.	0	0		
	Max.	6	3		
	Media (DE)	2,47 (DE 1,19)	0,86 (DE 0,80)		
NÚMERO DE RNM	**N**	93	93	-64,4	<0,001*
	Mín.	0	0		
	Max.	6	3		
	Media (DE)	2,47 (DE 1,19)	0,88 (DE 0,80)		

*Prueba de Friedman: Hay diferencias estadísticamente significativas entre la visita inicial y final; PRM: Problema relacionado con los medicamentos; RNM: Resultados negativos de la medicación; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

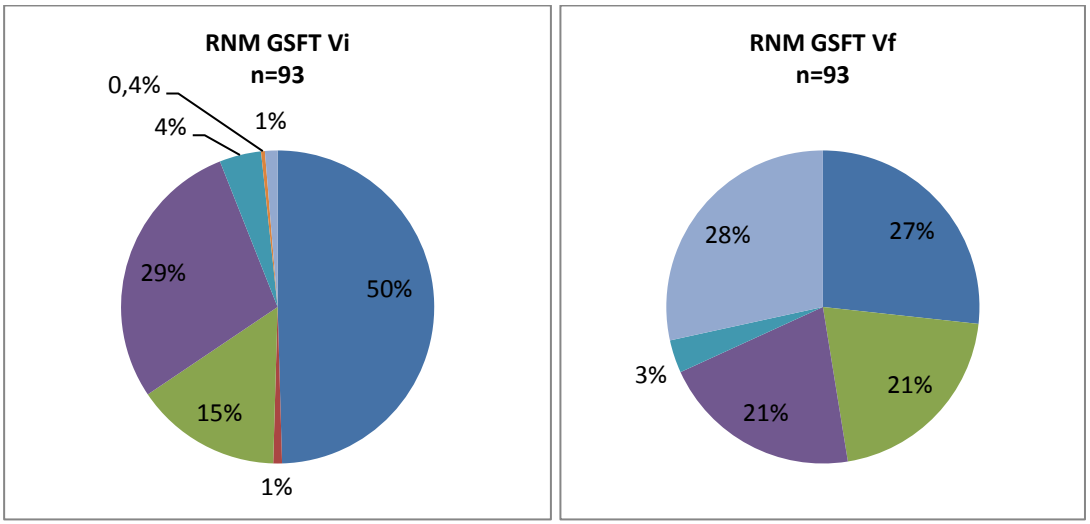
Gráficos 16: Clasificación de PRM



GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; PRM: Problema relacionado con los medicamentos; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final

- 1- Administración errónea del medicamento
- 2- Características personales
- 3- Conservación inadecuada
- 4-Contraindicación
- 5- Dosis, pauta y/o administración no adecuada
- 6- Duplicidad
- 7-Errores en la dispensación
- 8- Errores en la prescripción
- 9- Incumplimiento
- 10- Interacciones
- 11- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- 12- Probabilidad de efectos adversos
- 13- Problema de salud insuficientemente tratado
- 14- Otros
- Pacientes sin PRM

Gráficos 17: Clasificación de RNM



GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; RNM: Resultados negativos de la medicación; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

- 1. Problema de salud no tratado
- 2. Efecto del medicamento indeseado
- 3. Inefectividad no cuantitativa
- 4. Inefectividad cuantitativa
- 5. Inseguridad no cuantitativa
- 6. Inseguridad cuantitativa
- Pacientes sin RNM

Tabla 26: Intervenciones farmacéuticas y tiempo empleado

		TOTAL PACIENTES				GES				GSFT				p
		N	Mín.	Máx.	Media (DE) /Mediana [25,75]	N	Mín.	Máx.	Media (DE) /Mediana [25,75]	N	Mín.	Máx.	Media (DE) /Mediana [25,75]	
Nº INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS	Vi	181	0	7	2,03 (DE 1,00)	88	0	5	1,83 (DE 0,69)	93	1	7	2,22 (DE 1,19)	<0,001 *
	Vf	181	0	3	1,18 (DE 0,58)	88	0	3	1,30 (DE 0,60)	93	0	3	1,06 (DE 0,54)	
% INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS RESUELTAS	Vi	180	0	100	66,66 [50, 100]	87	0	100	50 [0, 100] 57,20 (DE42, 34)	93	0	100	75 [0, 100] 68,82 (DE34, 72)	0,09
	Vf	168	0	100	100 [100, 100]	85	0	100	100 [0, 100] 62,74 (DE45, 83)	83	0	100	100 [0, 100] 71,68 (DE43, 61)	
TIEMPO EMPLEADO POR EL FARMACÉUTICO (Minutos)	Vi	181	15	75	40,88 (DE 12,41)	88	15	50	33,24 (DE 8,90)	93	25	75	48,12 (DE 10,85)	<0,001**
	Vf	181	10	70	39,64 (DE 13,07)	88	10	60	32,50 (DE 10,72)	93	20	70	46,40 (DE 11,43)	
TIEMPO EMPLEADO POR EL AUXILIAR (Minutos)	Vi	181	0	21	13,03 (DE 5,42)	88	0	21	12,56 (DE 5,95)	93	0	20	13,47 (DE 4,86)	<0,001 **
	Vf	181	0	18	11,01 (DE 6,49)	88	0	15	10,31 (DE 6,76)	93	0	18	11,68 (DE 6,18)	

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente; ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

Tabla 27: Tipos de comunicación

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT	
		N	%	N	%	N	%
VERBAL FARMACÉUTICO-PACIENTE	Vi	70	38,9	36	41,4	34	36,6
	Vf	160	95,8	82	96,5	78	95,1
ESCRITA FARMACÉUTICO-PACIENTE	Vi	1	0,6	0	0	1	1,1
	Vf	0	0	0	0	0	0
VERBAL FARMACÉUTICO-PACIENTE- MÉDICO	Vi	10	5,6	4	4,6	6	6,5
	Vf	7	4,2	3	3,5	4	4,9
VERBAL FARMACÉUTICO-PACIENTES + VERBAL FARMACÉUTICO-PACIENTE- MÉDICO	Vi	99	55	47	54	52	55,9
	Vf	0	0	0	0	0	0

GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final.

6.3. PARTE DE GESTIÓN. ANÁLISIS DESCRIPTIVO BIVARIANTE

6.3.1. ANÁLISIS DEL GRADO DE FIDELIZACIÓN

Tabla 28: Adquisición de medicamentos en la farmacia. Grado de fidelización

		TOTAL PACIENTES		GES		GSFT		p
		N	%	N	%	N	%	
<40% (GRADO DE FIDELIZACIÓN MALO)	Vi	31	17,7	21	24,7	10	11,1	
	Vf	20	11,3	14	16,3	6	6,6	
40-70% (GRADO DE FIDELIZACIÓN MEDIO)	Vi	12	6,9	7	8,2	5	5,6	
	Vf	2	1,1	2	2,3	0	0	
>70% (GRADO DE FIDELIZACIÓN BUENO)	Vi	132	75,4	57	67,1	75	83,3	0,038***
	Vf	155	87,6	70	81,4	85	93,4	0,038***

*** Prueba Chi Cuadrado de Pearson. Hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

6.3.2. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE LOS PACIENTES

Tabla 29: Análisis del consumo (€)

		TOTAL PACIENTES					GES					GSFT					p
		N	Mín.	Máx.	Mediana [25,75] / Media (DE)	% Variación Vi-Vf	N	Mín.	Máx.	Mediana [25,75] / Media (DE)	% Variación Vi-Vf	N	Mín.	Máx.	Mediana [25,75] / Media (DE)	% Variación Vi-Vf	
Nº VISITAS/ MES	Vi	181	1	18	2,00 [2,00-3,00] 2,64(DE1,77)	-17,8	88	1	18	2,00 [2,00-3,00] 2,66 (DE 2,06)	-23,7	93	1	11	2,00 [2,00-3,00] 2,62(DE1,45)	-12,6	<0.001 **
	Vf	181	1	8	2,00 [2,00-3,00] 2,17(DE0,99)		88	1	8	2,00 [1,25-2,00] 2,03(DE0,95)		93	1	5	2,00 [2,00-3,00] 2,29 (DE 1,01)		
RC RCV/ MES	Vi	181	0	11	1,00 [0-2,00] 1,53(DE1,72)	14,4	88	0	11	1,00 [0-2,00] 1,47 (DE 1,87)	12,2	93	0	8	1,00 [0-2,00] 1,59 (DE 1,58)	16,4	<0.001 **
	Vf	181	0	11	1,00 [1,00-3,00] 1,75(DE1,61)		88	0	11	1,00 [0,25-2,00] 1,65 (DE 1,76)		93	0	7	2,00 [1,00-3,00] 1,85(DE1,47)		
CONSUMO RC RCV(€)/ MES (SBP)	Vi	181	0	197,82	7,45 [0-38,82] 27,15 (DE 39,37)	20,2	88	0	182,35	5,74 [0-3,42] 24,20 (DE 37,84)	22,9	93	0	197,82	10,40 [0-50,35] 29,94 (DE 40,74)	18,1	0.012 **
	Vf	181	0	244,71	20,31 [2,81-51,41] 32,63		88	0	244,71	13,94 [0,72-36,85] 29,75		93	0	195,57	35,36 [2,81-62,54] 35,36		

					(DE 41,03)					(DE 43,63)					(DE 38,45)		
CONSUMO RC RCV(€)/ MES (BP)	Vi	181	0,00	197,82	7,45 [0,00-38,82] 27,15 (DE 39,37)	13,1	88	0,00	182,35	5,74 [0,00-36,42] 24,20 (DE 37,87)	16,7	93	0,00	197,82	10,40 [0,00-5,35] 29,94 (DE 40,74)	10,6	0,907
	Vf	181	0,00	209,72	18,73 [2,61-51,41] 30,72 (DE 37,88)		88	0,00	209,72	13,94 [0,67-36,40] 28,23 (DE 40,17)		93	0,00	163,95	25,95 [2,63-54,95] 33,07 (DE 35,63)		
RC NO RCV/ MES	Vi	181	0	27	1,00 [0-3,00] 2,20 (DE 2,30)	10,5	88	0	27	1,00 [0-3,00] 2,23(DE3,97)	3,1	93	0	9	1,00 [0,00-4,00] 2,18(DE2,54)	17,4	0,222
	Vf	181	0	25	1,00 [0-3,00] 2,43(DE3,27)		88	0	25	1,00 [0-3,00] 2,30(DE3,79)		93	0	13	2,00[0,00-4,00] 2,56(DE2,70)		
CONSUMO RC NO RCV (€)/MES (SBP)	Vi	181	0	329,39	8,80 [0,00-36,71] 28,55 (DE 49,46)	23,8	88	0	260,42	5,46 [0,00-34,13] 26,93 (DE 50,05)	12,6	93	0	329,39	9,67 [0,00-329,39] 30,08 (DE 40,12)	33,3	0,309
	Vf	181	0	409,33	9,62 [0,00-46,22] 35,35 (DE 57,83)		88	0	260,42	3,18 [0,00-35,77] 30,33 (DE 55,14)		93	0	409,33	18,51 [0,00-51,18] 40,10 (DE 60,17)		
CONSUMO RC NO RCV (€)/MES (BP)	Vi	181	0,00	329,39	8,80 [0,00-36,71] 28,55 (DE 49,46)	20,2	88	0,00	260,42	5,46 [0,00-34,13] 26,93 (DE 50,06)	8,6	93	0,00	329,39	9,67 [0,00-39,65] 30,08 (DE 42,12)	30,1	0,602

	Vf	181	0,00	409,33	9,62 [0,00-45,03] 34,32 (DE 56,79)		88	0,00	258,75	3,18 [0,00-34,29] 29,24 (DE 53,84)		93	0,00	409,33	18,51 [0,00-53,70] 39,13 (DE 59,33)		
RECETAS PUNTUALES /MES	Vi	181	0	6	0,00 [0,00-0,00] 0,20 (DE 0,72)	5		0	6	0,00 [0,00-0,00] 0,15 (DE 0,72)	6,7	93	0	4	0,00 [0,00-0,00] 0,25 (DE 0,71)	4	0,997
	Vf	181	0	5	0,00 [0,00-0,00] 0,21(DE0,73)		88	0	5	0,00 [0,00-0,00] 0,16 (DE 0,69)		93	0	5	0,00 [0,00-0,00] 0,26 (DE 0,76)		
CONSUMO RECETAS PUNTUALES (€) /MES	Vi	181	0,00	34,00	0,00 [0,00-0,00] 0,92 (DE 3,97)	28,3	88	0,00	34,00	0,00 [0,00-0,00] 0,72 (DE 3,91)	1,4	93	0	33,00	0,00 [0,00-0,00] 1,11 (DE 4,04)	44,1	0,213
	Vf	181	0,00	29,00	0,00 [0,00-0,00] 1,18 (DE 4,30)		88	0,00	25,00	0,00 [0,00-0,00] 0,73 (DE 3,33)		93	0,00	29,00	0,00 [0,00-0,00] 1,60 (DE 5,04)		
Nº OTC/MES	Vi	181	0	11	0,00 [0,00-1,00] 0,84 (DE 1,61)	11,9	88	0	11	0,00 [0,00-1,00] 0,88 (DE 1,77)	3,4	93	0	7	0,00 [0,00-1,00] 0,81(DE1,16)	19,8	0,550
	Vf	181	0	17	0,00 [0,00-1,00] 0,94 (DE		88	0	16	0,00 [0,00-1,00] 0,91(D		93	0	17	0,00 [0,00-1.00] 0,97 (DE		

					2,23)					E2,25)					2,21)		
CONSUMO OTC (€)/MES	Vi	181	0	169	0,00 [0,00-9,87] 10,53 (DE 24,07)	-14,5	88	0	169	0,00 [0,00-9,50] 10,30 (DE 24,58)	-20,9	93	0	158	0,00 [0,00-11,50] 10,75 (DE 23,71)	-8,7	0,04*
	Vf	181	0	143,47	0,00 [0,00-8,87] 9,00(DE20,79)		88	0	143,47	0,00 [0,00-5,93] 8,14 (DE 20,53)		93	0	131,15	0,00 [0,00-11,60] 9,82 (DE 21,10)		
CONSUMO AJENO (€)/MES (SBP)	Vi	181	0	262	0,00 [0,00-0,00] 14,32 (DE 41,67)	27,4	88	0	190	0,00 [0,00-0,00] 10,94 (DE 33,66)	28,2	93	0	262	0,00 [0,00-1,45] 17,52 (DE 48,01)	26,9	0,015 **
	Vf	181	0	258	0,00 [0,00-7,27] 18,25 (DE 45,46)		88	0	218	0,00 [0,00-3,95] 14,02 (DE 40,64)		93	0	258	0,00 [0,00-13,40] 22,24 (DE 49,48)		
CONSUMO AJENO (€)/MES (BP)	Vi	181	0,00	262,00	0,00 [0,00-0,00] 14,31 (DE 41,67)	20,8	88	0,00	190,00	0,00 [0,00-0,00] 10,93 (DE 33,66)	28,2	93	0,00	262,00	0,00 [0,00, 1,45] 17,51 (DE 48,01)	16,4	0,037 **
	Vf	181	0,00	244,00	0,00 [0,00-7,27] 17,28 (DE 42,83)		88	0,00	218,00	0,00 [0,00-3,95] 14,01 (DE 40,62)		93	0,00	244,00	0,00 [0,00, 13,14] 20,39 (DE 44,83)		
CONSUMO TOTAL (€)/MES (SBP)	Vi	181	0	794,02	51,41 [19,41 - 107,39] 82,10	16,7	88	0	429,42	45,65 [8,22-96,95] 73,03 (DE 87,20)	13,9	93	0	794,02	66,69 [30,15 - 118,77] 90,65 (DE	18,8	0,023 **

					(DE 96,20)										103,74)		
	Vf	181	0	479,76	70,03 [27,53 - 131,72] 95,81 (DE 96,25)		88	0	441,03	44,37 [9,84-108,24] 83,21 (DE 103,25)		93	0	479,76	86,85 [48,20 - 142,24] 107,72 (DE 88,02)		
CONSUMO TOTAL (€)/MES (BP)	Vi	181	0,00	794,02	51,41 [19,41 - 107,39] 82,10 (DE 96,20)	11,7	88	0,00	429,42	45,65 [8,22-96,95] 73,03 (DE 87,20)	10,3	93	0,00	794,02	66,69 [30,15 - 118,77] 90,68 (DE 103,74)	12,8	0,253
	Vf	181	0,00	479,76	69,73 [26,31 - 131,14] 91,71 (DE 91,87)		88	0,00	433,89	41,54 [9,05-105,56] 80,56 (DE 99,86)		93	0,00	479,76	86,85 [43,77 - 140,58] 102,26 (DE 82,78)		
CONSULTAS /MES	Vi	181	0	17	0,00 [0,00-1,00] 0,73 (DE 1,64)	-34,2	88	0	17	0,00 [0,00-1,00] 0,78 (DE 2,07)	-43,6	93	0	7	0,00 [0,00-1,00] 0,69 (DE 1,09)	-24,6	0,019 **
	Vf	181	0	5	0,00 [0,00-1,00] 0,48(DE0,86)		88	0	5	0,00 [0,00-1,00] 0,44(DE0,8)		93	0	5	0,00 [0,00-1,00] 0,52 (DE 0,91)		
%CONSULTAS RESUELTAS/ME	Vi	70	0	100	97,38 (DE 13,79)	1,8	29	100	100	100 (DE 0,00)	0	41	0	100	95,52 (DE 17,88)	4,7	0,565

S	Vf	61	100	100	100 (DE 0,00)		29	100	100	100 (DE 0,00)		32	100	100	100 (DE 0,00)		

*Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente; ** Prueba de Lambda de Wilks. Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro; SBP: Consumo (€) sin considerar las bajadas de precios; BP: Consumo (€) considerando las bajadas de precios; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final; RC: Recetas crónicas; RCV: Riesgo cardiovascular- vascular.

Tabla 30: Media del consumo total de los 6 meses (PRUEBA DE MANN-WHITNEY)

	GES		GSFT		P (PRUEBA DE MANN-WHITNEY)
	N	RANGO PROMEDIO	N	RANGO PROMEDIO	
MEDIA DEL CONSUMO TOTAL DE LOS 6 MESES (SBP)	88	79,69	93	101,70	0,005 ***
MEDIA DEL CONSUMO TOTAL DE LOS 6 MESES (BP)	88	79,60	93	101,78	0,004***

***hay diferencias en el gasto total. El grupo de intervención tiene un consumo total estadísticamente superior. SBP: Consumo (€) sin considerar las bajadas de precios. BP: Consumo (€) considerando las bajadas de precios.

6.3.3. ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES POR LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN SANITARIA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO OFRECIDOS.

Tabla 31: Resultados test de satisfacción 1

			TOTAL PACIENTES		GES		GSFT	
			N	%	N	%	N	%
¿Cuánto tiempo hace que es paciente de la farmacia?	Es primera visita	Vi	13	7,5	8	10	5	5,3
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Menos de 1 mes	Vi	13	7,5	3	3,8	10	10,6
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Menos de 1 año	Vi	2	1,1	0	0	2	2,1
		Vf	23	14,6	10	14,3	13	14,8
	Entre 1-5 años	Vi	13	7,5	8	10	5	5,3
		Vf	11	7,0	6	8,6	5	5,7
	Entre 6-10 años	Vi	22	12,6	12	15	10	10,6
		Vf	23	14,6	12	17,1	11	12,5
	más de 10 años	Vi	111	63,8	49	61,3	62	66,0
		Vf	101	63,9	42	60,0	59	67,0
¿Compra en más de una farmacia?	sí	Vi	98	50,8	53	55,8	45	45,9
		Vf	50	29,2	25	30,1	25	28,4
	no	Vi	94	49,2	41	43,2	53	54,1
		Vf	121	70,8	58	69,9	63	71,6
¿Con qué frecuencia viene usted a la farmacia?	No acudió ninguna vez	Vi	51	26,2	28	29,2	23	23,2
		Vf	24	13,8	15	18,1	9	9,9
	Al menos 1 vez al mes	Vi	124	63,3	58	60,4	66	66,7
		Vf	134	77,0	59	71,1	75	82,4
	2 o más veces al mes	Vi	20	10,3	10	10,4	10	10,1
		Vf	16	9,2	9	10,8	7	7,7
¿Conoce a alguno de nuestros farmacéuticos por el nombre?	sí	Vi	138	72,6	62	66,7	76	78,4
		Vf	171	99,4	81	100	90	98,9
	no	Vi	52	27,4	31	33,3	21	21,6
		Vf	1	0,6	0	0	1	1,1
¿Su plan de salud le cubre los medicamentos que toma habitualmente?	sí	Vi	143	80,8	70	81,4	73	80,2
		Vf	144	88,3	66	86,8	78	89,7
	no	Vi	34	19,2	16	18,6	18	19,8
		Vf	19	11,7	10	13,2	9	10,3
¿Por qué eligió su farmacia?	Por su ubicación	Vi	108	31,03	51	29,5	57	31,84
		Vf	108	19,45	53	23,34	55	22,26
	Por los servicios que ofrecen	Vi	88	25,28	45	26,16	43	24,02
		Vf	197	35,49	77	33,92	79	31,98
	Por el personal de la farmacia	Vi	129	37,06	62	36,04	67	37,43
		Vf	215	38,73	75	33,03	82	33,19
	Precios	Vi	18	5,17	13	7,55	12	6,70

		Vf	30	5,4	20	8,81	30	12,14
	por recomendación del médico	Vi	1	0,28	1	0,58	0	0
		Vf	3	0,54	1	0,44	1	0,40
	Otros	Vi	4	1,15	0	0	0	0
		Vf	2	0,36	1	0,44	0	0
¿Cuándo tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos ¿qué hace?	Busco información en un libro	Vi	1	0,38	0	0	1	0,76
		Vf	3	1,23	0	0	3	2,34
	Le pregunto a algún familiar o amigo	Vi	18	6,94	8	6,2	10	7,69
		Vf	6	2,46	2	1,73	4	3,12
	Le pregunto a mi farmacéutico	Vi	139	53,66	64	49,61	75	57,69
		Vf	176	72,42	84	73,04	92	71,87
	Busco información en internet	Vi	18	6,94	10	7,75	8	6,15
		Vf	8	3,29	5	4,34	3	2,34
	Llamo a mi médico	Vi	83	32,04	47	36,43	36	27,69
		Vf	50	20,57	24	20,86	20	20,31
Rapidez en la Atención	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	2	1,00	1	1,1	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Excelente	Vi	185	98,9	90	97,8	95	100
		Vf	165	100	81	100	84	100
Profesionalidad	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	2	1,00	1	1,1	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Excelente	Vi	185	98,9	90	97,8	95	100
		Vf	165	100	81	100	84	100
Servicio de analíticas	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	2	1,00	1	1,1	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Excelente	Vi	185	98,9	90	97,8	95	100
		Vf	165	100	81	100	84	100
Consejos	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	2	100	1	1,1	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Excelente	Vi	184	98,9	90	97,8	94	100
		Vf	159	100	78	100	81	100
Cortesía	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	2	1,00	1	1,1	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0

	Excelente	Vi	185	98,9	90	97,8	95	100
		Vf	165	100	81	100	84	100
Información sobre medicamentos y PS	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	3	1,6	2	2,2	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Excelente	Vi	183	98,4	89	96,7	94	100
		Vf	165	100	81	100	94	100
PRECIOS	Mala	Vi	0	0	0	0	0	0
		Vf	0	0	0	0	0	0
	Normal	Vi	3	1,6	2	2,2	0	0
		Vf	1	0,6	1	1,2	0	0
	Excelente	Vi	181	98,4	89	96,7	92	100
		Vf	163	99,4	80	98,7	83	100
¿Pagaría por los servicios que le acaban de realizar?	Sí	Vi	94	52,8	39	46,4	55	58,5
		Vf	137	84,00	59	75,6	78	91,8
	No	Vi	84	47,2	45	53,6	39	41,5
		Vf	26	16,00	19	24,4	7	8,2
Pacientes que recomendarían esta farmacia a un amigo		Vi	184	100	88	100	96	100
		Vf	184	100	76	100	88	100
¿Por qué recomendaría esta farmacia a un amigo?	Buena atención	Vi	44	35,2	18	33,96	26	36,11
		Vf	61	41,21	27	43,54	34	36,53
	Amabilidad, buen trato y servicio	Vi	33	26,4	16	30,18	17	23,61
		Vf	30	20,27	13	20,96	17	19,76
	Explicaciones	Vi	7	5,6	2	3,77	5	6,94
		Vf	8	5,40	1	1,61	7	8,13
	Surtido y stock	Vi	20	16,0	10	18,86	10	13,88
		Vf	21	14,18	8	12,90	13	15,11
	Horario	Vi	6	4,8	2	3,77	4	5,55
		Vf	4	2,70	1	1,61	3	3,48
	Servicios de la farmacia (analíticas, SFT,…)	Vi	2	1,6	0	0	2	2,77
		Vf	15	10,13	6	9,67	9	10,46
	Profesionalidad	Vi	2	1,6	0	0	2	2,77
		Vf	1	0,67	0	0	1	1,16
	Otros	Vi	11	8,8	5	9,43	6	8,33
		Vf	8	5,4	6	9,67	2	2,32

GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final

Tabla 32: Resultados test Armando, P. et.al[90]

A través de la participación de mi farmacéutico en el seguimiento de los medicamentos que utilizo he logrado:

			GSFT	
			N	%
Conocer mejor los medicamentos que uso	Nada	Vi	0	0
		Vf	0	0
	Poco-Regular	Vi	20	21,5
		Vf	3	3,6
	Bastante	Vi	73	78,5
		Vf	81	96,4
Que los medicamentos que uso produzcan los efectos esperados	Nada	Vi	7	7,5
		Vf	0	0
	Poco-Regular	Vi	34	36,6
		Vf	13	15,5
	Bastante	Vi	52	55,9
		Vf	71	84,5
Mejorar mi estado de salud	Nada	Vi	9	9,7
		Vf	0	0
	Poco-Regular	Vi	44	47,3
		Vf	20	23,8
	Bastante	Vi	40	43,0
		Vf	64	76,2
Aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por mi médico	Nada	Vi	1	1,1
		Vf	0	0
	Poco-Regular	Vi	19	20,4
		Vf	1	1,2
	Bastante	Vi	73	78,5
		Vf	83	98,8
Que se minimicen los efectos indeseables de los medicamentos que uso	Nada	Vi	14	15,1
		Vf	1	1,2
	Poco-Regular	Vi	34	36,6
		Vf	20	23,8
	Bastante	Vi	44	47,3
		Vf	63	75,0
¿Continuaría visitando a mi farmacéutico ya que he logrado mejorar los beneficios obtenidos con los medicamentos que uso?	Sí	Vi	93	100
		Vf	84	100
	No	Vi	0	0
		Vf	0	0
¿Solicitaría a mi médico que	Sí	Vi	87	93,5
		Vf	83	98,8

continúe trabajando en conjunto con mi farmacéutico?	No	Vi	6	6,5
		Vf	1	1,2
¿Opina que este servicio debería ser reconocido económicamente por las obras sociales o por el gobierno?	Sí	Vi	81	87,1
		Vf	77	91,7
	No	Vi	12	12,9
		Vf	7	8,3
¿Recomendaría a sus familiares o amigos a que acudan a su farmacéutico para que les brinde este servicio?	Sí	Vi	93	100
		Vf	84	100
	No	Vi	0	0
		Vf	0	0

GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico; Vi: Visita inicial; Vf: Visita final

6.4. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

6.4.1. REGRESIÓN LOGÍSTICA. RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

La siguiente tabla muestra la relación de cada una de las variables independientes analizadas con el aumento del RCV (factor protector o factor de riesgo).

Tabla 33: Regresión logística RCV

REGRESIÓN LOGÍSTICA RCV (n=161)								
	OR BRUTA				OR AJUSTADA			
	OR BRUTA	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	$P_{(OR\ BRUTA)}$	OR AJUSTADA	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	$P_{(OR\ AJUSTADA)}$
EDAD	0,957	0,928	0,988	0,006	0,918	0,878	0,960	<0,001
GÉNERO (MUJER)	1				1			
GÉNERO (HOMBRE)	2,136	1,101	4,149	0,025	2,785	1,126	6,896	0,027
GSFT	1				1			
GES	2,298	1,165	4,524	0,016	1,470	0,587	3,690	0,410
ANTECEDENTES ECV	1,252	0,433	3,620	0,678	2,874	0,570	14,358	0,198
DIF PAD	1,844	1,292	2,631	0,001	1,830	1,162	2,883	0,009
DIF IMC	1,333	1,026	1,732	0,032	1,481	0,973	2,252	0,067
DIF GB	1,016	1,003	1,028	0,015	1,006	0,991	1,022	0,434
DIF CT	1,014	1,004	1,024	0,007	1,018	1,003	1,034	0,018
DIF TG	1,002	0,999	1,004	0,147	1,001	0,998	1,005	0,443
CUMPLIMIENTO DE ALGUNAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS (1)	2,063	0,500	8,514	0,317	7,149	1,031	49,577	0,047
CUMPLIMIENTO DE TODAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS	2,033	0,503	8,221	0,319	3,032	0,489	18,782	0,233
EJERCICIO	1,000	0,442	2,260	1,000	2,091	0,740	5,913	0,164
DIF Nº IF	1,328	0,949	1,859	0,098	1,065	0,678	1,673	0,784

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; p<0,05: Los resultados se pueden extrapolar a la población general; p> 0,05: Los resultados son verídicos para la muestra estudiada pero no se pueden extrapolar a la población general; ECV: Enfermedad cardiovascular; PAD: Presión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; GB: Glucosa basal; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos; IF: Intervenciones farmacéuticas; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico.

Los resultados obtenidos para los parámetros edad, género, PAD, CT y cumplimiento de algunas modificaciones dietéticas son extrapolables a la población general. Los resultados obtenidos para el resto de parámetros analizados son verídicos para nuestra población de 161 pacientes estudiada en este análisis, pero en principio no son extrapolables a la población general.

6.4.2. REGRESIÓN LOGÍSTICA. GRADO DE FIDELIZACIÓN

La siguiente tabla muestra la relación de cada una de las variables independientes analizadas con el grado de fidelización (factor protector o factor de riesgo).

Tabla 34: Regresión logística. Grado de fidelización.

REGRESIÓN LOGÍSTICA GRADO DE FIDELIZACIÓN (n=157)								
	OR BRUTA				OR AJUSTADA			
	OR BRUTA	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	$P_{(OR\ BRUTA)}$	OR AJUSTADA	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	$P_{(OR\ AJUSTADA)}$
EDAD	0,993	0,955	1,032	0,724	0,974	0,926	1,025	0,316
GÉNERO (MUJER)	1				1			
GÉNERO (HOMBRE)	1,669	0,689	4,032	0,256	2,512	0,863	7,299	0,091
GSFT	1				1			
GES	0,701	0,290	1,697	0,432	0,313	0,102	0,959	0,042
ANTECEDENTES ECV	1,489	0,323	6,861	0,610	1,270	0,234	6,893	0,782
DIF PAD	0,972	0,720	1,313	0,855	0,819	0,540	1,243	0,349
DIF IMC	1,062	0,822	1,373	0,645	1,049	0,763	1,441	0,769
DIF GB	1,006	0,990	1,021	0,471	0,998	0,981	1,016	0,836
DIF CT	1,009	0,996	1,023	0,183	1,010	0,993	1,028	0,265
DIF TG	1,002	0,999	1,005	0,290	1,002	0,998	1,006	0,259
DIF SCORE V1-V3	0,885	0,739	1,060	0,185	0,986	0,774	1,254	0,906
EJERCICIO	0,357	0,080	1,604	0,179	0,347	0,071	1,708	0,193
DIF Nº IF	1,498	0,994	2,257	0,054	1,804	1,045	3,115	0,034

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza; p<0,05: Los resultados se pueden extrapolar a la población general; p> 0,05: Los resultados son verídicos para la muestra estudiada pero no se pueden extrapolar a la población general; ECV: Enfermedad cardiovascular; PAD: Presión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; GB: Glucosa basal; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos; V1: Visita inicial; V3: Visita final; IF: Intervenciones farmacéuticas; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico.

Sólo son extrapolables a la población general, los valores obtenidos en el número de IF y grupo al que pertenece el paciente. El resto de resultados obtenidos no son extrapolables a la población general.

6.4.3. REGRESIÓN LINEAL. CONSUMO EN LA FARMACIA.

La siguiente tabla muestra la relación de cada una de las variables independientes analizadas con el consumo medio de medicamentos en la farmacia en estudio.

Tabla 35: Regresión lineal. Consumo medio de medicamentos.

	REGRESIÓN LINEAL. CONSUMO TOTAL (n=157)							
	BRUTA				AJUSTADA			
	B	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	R^2 CORREGIDA	B	IC (95%) INFERIOR	IC (95%) SUPERIOR	R^2 CORRE-GIDA
EDAD	9,995	3,283	16,707	0,041	3,020	-5,438	11,479	0,094
GÉNERO (MUJER)	Referencia				Referencia			
GÉNERO (HOMBRE)	-0,0059	-0,0029	-0,355	0,017	-0,0053	-0,0026	0,281	
GES	Referencia				Referencia			
GSFT	0,0061	-0,285	0,0030	0,015	0,048	-0,005	0,004	
ANTECEDENTES ECV	291,692	32,799	550,586	0,021	317,763	0,295	635,231	
DIF PAD FINAL-PAD INICIAL	16,903	-34,863	68,669	-0,003	24,675	-30,057	79,407	
DIF IMC FINAL-IMC INICIAL	-5,823	-62,330	50,683	-0,005	-13,378	-78,319	51,562	
DIF GB FINAL- GB INICIAL	-1,396	-4,707	1,915	-0,002	0,023	-3,553	3,599	
DIF CT FINAL- CT INICIAL	0,668	-2,011	3,348	-0,004	0,232	-3,012	3,477	
DIF TG FINAL- TG INICIAL	0,407	-0,277	1,092	0,002	0,505	-0,237	1,248	
CAMBIO EN EL SCORE DE LA VISITA INICIAL A LA FINAL	52,167	10,682	93,653	0,028	53,935	2,447	105,423	
CUMPLE TODAS LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS	22,873	-163,024	208,770	-0,006	231,388	-164,838	627,614	
CUMPLE ALGUNAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS (1)	28,772	-154,918	212,463	-0,006	140,375	-242,366	523,116	
EJERCICIO V3	-19,271	-220,522	181,980	-0,005	-19,511	-234,596	195,574	
GRADO DE FIDELIZACIÓN	13,334	-241,042	267,042	-0,006	88,927	-167,899	345,753	
DIF Nº IF FINAL-Nº IF INICIAL	-155,467	-242,168	-68,766	0,060	-129,924	-234,263	-25,586	

B: Coeficiente de cada variable independiente en el modelo; IC: Intervalo de confianza; R^2 corregida: variabilidad explicada por el modelo de la variable principal ; ECV: Enfermedad cardiovascular; PAD: Presión arterial diastólica; IMC: Índice de masa corporal; GB: Glucosa basal; CT: Colesterol total; TG: Triglicéridos; V3: Visita final; IF: Intervenciones farmacéuticas; GES: Grupo educación sanitaria; GSFT: Grupo seguimiento farmacoterapéutico.

Los cambios en la clasificación SCORE de la visita inicial a la final, los datos obtenidos en antecedentes de ECV y los datos obtenidos en el número de IF son extrapolables a la población general. El resto de resultados obtenidos se cumplen en la farmacia en estudio pero podrían variar para otras farmacias donde se llevara a cabo el mismo estudio.

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

7.1. LIMITACIONES

- Aunque la última Guía de Prevención Cardiovascular fue publicada en 2012[7], el presente estudio está basado en la Guía de prevención cardiovascular, adaptación española CEIC 2008[1].

La redacción del protocolo de actuación del presente estudio comenzó en Enero del 2010 y los pacientes fueron captados desde marzo del 2010 a mayo del 2011, finalizando el seguimiento de los últimos pacientes a finales de noviembre del 2011. El análisis estadístico se realizó desde Enero hasta Julio del 2012. La Guía Europea de prevención cardiovascular 2012[7] se publicó en diversas revistas científicas por primera vez en Octubre del 2012 (Ej: Publicado en Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):937.e1-e66), por esta razón el trabajo, en su realización, se basó en las recomendaciones de la Adaptación Española de la Guía Europea de prevención cardiovascular del 2008[1], vigente durante la realización del estudio.

- Aunque en 2013[93] se publica la guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial, el estudio está basado en la guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2007[92], vigente durante el estudio.

- La Guía Europea de prevención cardiovascular 2003[10] ya utilizó el sistema SCORE para la estimación del riesgo. En la Guía 2003, un riesgo de muerte CV a 10 años ≥5% se consideró arbitrariamente como riesgo alto. Sin embargo, esto implica un 95% de probabilidades de no morir por ECV en 10 años, lo cual es muy poco impresionante cuando aconsejamos a los pacientes. La nueva nomenclatura en la Guía 2008, que se mantiene en la Guía 2012, dice que cualquier persona con riesgo de muerte cardiovascular- vascular a 10 años ≥5% tiene un riesgo aumentado[7]. Por tanto, aunque tanto la Guía 2008[1] como la Guía 2012[7], estratifican el RCV en 4 categorías diferenciando el riesgo alto del muy alto, siguen considerando un RCV en general ≥5% como Riesgo aumentado. Por esta razón, y por motivos de recomendación estadística debido al pequeño tamaño muestral del grupo muy alto riesgo, el presente estudio engloba los pacientes de riesgo cardiovascular- vascular alto y muy alto en un mismo grupo llamado “Riesgo aumentado”. Quedando la estratificación SCORE en el presente estudio de la siguiente manera:

• **Riesgo bajo:** ausencia de FRCV mayores o riesgo de presentar una ECV mortal inferior al 1%. A los individuos de bajo riesgo se les debe ofrecer consejo para mantener su bajo riesgo.

• **Riesgo moderado:** presencia de algún factor de riesgo mayor o riesgo de presentar una ECV mortal entre 2-4%.

• **Riesgo aumentado (riesgo alto y muy alto):** Riesgo de presentar una ECV mortal igual o superior al 5%, pacientes que han sufrido alguna enfermedad cardiovascular-vascular, pacientes que presenten DM2, DM1 con microalbuminuria, o valores muy altos de uno o más FRCV, que implican por sí mismos un RCV elevado y requieren tratamiento y control intensivo (CT ≥ 320 mg/dl, LDLc ≥ 240 mg/dl, PA ≥ 180/110 mmHg).

Esta clasificación es coincidente con la utilizada en la Guía de Prevención Cardiovascular 2003[10].

7.2. CAPTACIÓN DE PACIENTES

De los 200 pacientes que se incorporaron al estudio, 100 a GES y 100 a GSFT, se produjeron 19 abandonos: 12 en el GES y 7 en el GSFT. Aunque el número de abandonos fue superior en el GES que en el GSFT, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,335), con lo que 181 pacientes finalizaron el estudio, 88 pertenecientes al GES y 93 al GSFT.

Estudios similares muestran también como la diferencia de abandonos entre grupos no fue estadísticamente significativa. Tal es el caso del estudio EMDADER-CV realizado por Amariles Muñoz, P. et.al.[84], en el que de los 714 pacientes que empezaron el estudio (356 en GI y 358 en GC), 640 lo finalizaron (317 en GC y 323 en GI), produciéndose 39 abandonos en GI y 35 en GC (p=0,605).

En el estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO realizado por Rodríguez Chamorro, MA. et.al.[85], de los 87 pacientes que iniciaron el estudio sólo se produjeron 2 abandonos (1 por muerte del paciente y 1 por cambio de residencia o por pérdida de contacto), esta baja tasa de abandono podría ser indicativa del alto grado de fidelización de los pacientes frente a los servicios asistenciales ofrecidos en la farmacia.

Al igual que el presente estudio, otros estudios realizados en farmacia comunitaria muestran un porcentaje de abandonos ligeramente mayor en el grupo educación sanitaria que en el grupo seguimiento farmacoterapéutico, tal es el caso del estudio

realizado por Pilger. D[98]., en el que se evaluó la intervención farmacéutica a pacientes diabéticos. Se incorporaron a dicho estudio 65 pacientes a GI y 77 a GC. Se produjeron 21 abandonos en el GI y 26 en GC, con lo que finalizaron el estudio un total de 95 pacientes, 44 en GI y 51 en GC.

El mismo dato se observa en un estudio realizado por Álvarez de Toledo, F. et.al.[99] sobre atención farmacéutica en personas que habían sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR) con una muestra mucho mayor. En dicho estudio, de los 735 pacientes (405 control y 330 intervención) que iniciaron el seguimiento, 135 (18%) abandonaron a lo largo de los 12 meses (72 abandonos GC y 63 en GI); siendo 600 los pacientes que finalizaron (333 control y 267 intervención). Al igual que en el presente estudio el número de abandono en el GC fue ligeramente mayor que en el GI, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El menor abandono que se produce en general en el GI en estos estudios podría ser indicativo de una mayor fidelización del paciente por el servicio de SFT.

El 45,3% de pacientes fueron captados en el mostrador en el momento de la dispensación tras observar la medicación que venían a recoger y el 19,9% por alguna consulta del paciente que nos hacía sospechar de la presencia de algún FRCV. Cabe destacar el 34,8% de pacientes que demandaron el servicio por petición del propio paciente tras la recomendación del estudio por un conocido.

Aunque la mayoría de pacientes que se incorporaron al estudio fueron pacientes habituales de la farmacia (76,8%), se consiguió captar un 23,2% de pacientes nuevos.

La farmacia comunitaria donde se desarrolló el proyecto está ubicada en una playa. El principal problema de las farmacias de costa es su baja afluencia de clientes durante los meses de invierno y el bajo grado de fidelización por su localización. Por ello se consideró interesante estudiar si los servicios ofrecidos en el estudio, y que no ofrecen las farmacias de los pueblos contiguos, podían fidelizar a pacientes de los pueblos cercanos de alrededor que por su localización geográfica se encuentran entre 5– 10 minutos en coche y a pacientes nuevos que viven en la playa.

Para ello uno de los puntos que se estudió fue si los pacientes acudían a la farmacia en estudio aún teniendo otra farmacia más cercana a su domicilio. El 60,8% de los pacientes acudían a la farmacia del estudio por ser la más cercana y el 39,2% acudía aún teniendo otra farmacia más cercana de su lugar de residencia.

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100] en el que se analizaron los datos de 11 farmacias, de las cuales 10 eran farmacias urbanas y sólo 1 era farmacia de costa, el 50% de los pacientes acudía a la farmacia participante en el estudio aún teniendo otra farmacia más cercana. Estos datos nos muestran que en el caso de zonas urbanas donde el paciente tiene una mayor oferta de servicios farmacéuticos, el 50% de los pacientes eligen su farmacia habitual más que por cercanía, por el personal y los servicios que ofrece. En el caso de farmacias ubicadas en zonas costeras donde hay menor oferta de farmacias, la mayoría de pacientes elige su farmacia por cercanía (60,8%) aunque cabe destacar que un 39,2% se desplaza aún teniendo otra farmacia más cercana, atraídos seguramente por los servicios y tipo de atención ofrecidos.

Por la ubicación de la farmacia donde se llevó a cabo el estudio se consideró de interés registrar el lugar de residencia de los pacientes con tal de conocer el radio de influencia de la farmacia. El 53,3% de los pacientes residían en la misma playa donde está ubicada la farmacia y el 21,1% en una playa anexionada que no tiene farmacia. El 25,6% residían en los pueblos contiguos que necesitan 5-10 minutos en coche para llegar. Por tanto las farmacias de costa a través de servicios que nos diferencien de otras farmacias cercanas urbanas o semi-urbanas, puede ayudar a atraer clientes de estas ubicaciones.

7.3. PARTE 1: PARTE CLÍNICA

7.3.1. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR NO MODIFICABLES

La identificación de los factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables se realizó con el fin de identificar a aquellos sujetos que tenían un riesgo más elevado de sufrir una ECV debido a sus características intrínsecas y que podían beneficiarse de un control más riguroso de los FRCV modificables.

Los factores de riesgo cardiovascular- vascular no modificables que se identificaron en los pacientes fueron: edad, género, antecedentes de ECV y herencia.

7.3.1.1. EDAD

La edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 63,50 (DE 12,26) años, con una edad media de 62,83 (DE 12,03) los pacientes del GES y de 64,13 (DE 12,50)

los pacientes del GSFT. Esta diferencia de edad no fue estadísticamente significativa entre grupos (p=0,478).

El riesgo de sufrir una ECV, aumenta con la edad, siendo más notable a partir de los 55 años en los hombres y de los 65 en las mujeres. La media de edad calculada muestra que los pacientes incluidos en el estudio están próximos a este rango de edad y que además como criterio de inclusión presentaban al menos un FRCV, de ahí la importancia de llevar en ellos prácticas de prevención primaria o secundaria que nos ayuden a controlar los FRCV presentes y prevenir la aparición de otros nuevos, ya que las ECV no son una parte inevitable del envejecimiento, sino la consecuencia de un estilo de vida y de la acumulación de múltiples factores de riesgo.

Esta media de edad relativamente elevada es coincidente con la obtenida en otros estudios que tenían como criterio de inclusión la presencia de algún FRCV o ECV. Tal es el caso del estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO[85] y EMDADER-CV[84], que mostraron un rango de edad similar al del presente estudio. En el estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO[85] la media de edad de los pacientes incluidos fue de 63,51 (DE 8,7) años y en el estudio EMDADER-CV fue de 62,8 (DE 8,1) años. En otros estudios como el de Molina Moya, ML. et.al.[101] la media de edad fue de 66,8 (DE 10,7) años.

Esta media de edad relativamente elevada se debe a que como criterio de inclusión se incorporaron a todos estos estudios pacientes con algún FRCV, cuya frecuencia de aparición aumenta a partir de los 55 años en hombres y 65 en mujeres.

7.3.1.2. GÉNERO

El 53,6% de pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres y el 46,4% hombres. En el GES esta distribución fue de 55,7% de mujeres y 44,3% de hombres, y en el GSFT de 51,6% mujeres y 48,4% hombres. Aunque la distribución entre hombres y mujeres fue bastante homogénea, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p=0,690), el número de mujeres que participaron en el estudio fue ligeramente superior al de hombres (7,2% más de mujeres).

En numerosas publicaciones[102-104] podemos encontrar que los hombres presentan un mayor RCV que las mujeres. Pero según datos de la Sociedad Española de cardiología (25-10-2012) las enfermedades cardiovasculares- vasculares causan la muerte a un 8% más de mujeres que de hombres en nuestro país y son además, la principal causa de muerte de las mujeres españolas.

Según datos publicados por el del Instituto Nacional de Estadística (INE) en julio de 2012, 65.048 mujeres fallecieron en 2009 a consecuencia de enfermedades cardiovasculares- vasculares, lo que supuso un 7,66% más que las muertes de varones por la misma causa.

En las mujeres la enfermedad cardiovascular- vascular se presenta 10- 15 años más tarde que en los hombres, seguramente por este motivo se consideraba que era una enfermedad que afectaba generalmente a los hombres. Estudios han demostrado que después de la menopausia, las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir una enfermedad del corazón debido a la disminución de los niveles de estrógenos[105], por ello aunque las enfermedades cardiovasculares- vasculares se manifiesten en general a partir de los 65 años en mujeres, desde los primeros años de menopausia se debería establecer un control periódico de los FRCV como el sobrepeso, PA, niveles de CT,…, con tal de evitar añadir otros factores de riesgo cardiovascular- vascular al mayor riesgo que provoca de per sé la disminución de estrógenos y que podría llevarse a cabo de manera sencilla y eficaz desde la farmacia comunitaria.

Estudios similares también muestran una distribución bastante homogénea entre hombres y mujeres. Tal es el caso del estudio realizado por Bofí Martínez, P. at.al.[100] en el que tanto en el GES como en el GSFT el porcentaje de hombres y mujeres fue del 55,6% de mujeres y el 44,4% de hombres. En este estudio el porcentaje de mujeres también fue ligeramente superior al de hombres.

En el estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO[85] el 41,20% fueron mujeres y el 58,80% hombres. En el estudio EMDADER-CV[84] el 52,2% de los pacientes fueron hombres y el 47,8% mujeres.

En otros estudios como el de Molina Moya, ML. et.al.[101] y Rosinach Bonet, J. et.al.[83] esta distribución no fue tan homogénea siendo en el estudio de Molina Moya, ML. et.al.[101] el porcentaje de mujeres considerablemente superior al de hombres (hombres 36,7% y mujeres 63,3%), y en el estudio de Rosinach Bonet, J. et.al.[83] el porcentaje de hombres superior al de mujeres (61% hombres y 39% mujeres).

7.3.1.3. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR- VASCULAR

El 88,4% de pacientes incluidos en el estudio no habían sufrido nunca ningún episodio de ECV o cerebrovascular, pero sí presentaban algún FRCV, por lo que fueron clasificados en prevención primaria. El 11,6% de pacientes sí habían sufrido algún episodio de ECV o cerebrovascular con anterioridad al último año por lo que fueron

incluidos en prácticas de prevención secundaria. En el GES el 89,9% fueron pacientes en prevención primaria y el 10,2% en prevención secundaria. En el GSFT esta distribución fue de 87,1% de pacientes en prevención primaria y 12,9% en prevención secundaria. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a pacientes clasificados en prevención primaria y secundaria (p=0,742).

En el caso de pacientes en prevención secundaria, el objetivo terapéutico fue reducir el riesgo de presentación de un nuevo evento cardiovascular- vascular. Para ello nos basamos en potenciar los beneficios de la farmacoterapia con la inclusión de medidas higiénico- dietéticas, como el seguimiento de un plan alimentario adecuado, actividad física regular adaptada a cada paciente y la eliminación del hábito tabáquico en el caso de fumadores. Además en pacientes del GSFT se intentó conseguir la máxima efectividad del tratamiento farmacológico y la minimización de efectos adversos a través del Seguimiento farmacoterapéutico, así como el cumplimiento adecuado del tratamiento prescrito.
En el caso de pacientes en prevención primaria se aconsejó y se intentó mantener una dieta saludable, ejercicio físico regular, el control del peso, la abstinencia de fumar, la adherencia al tratamiento farmacológico y el control y adecuado tratamiento de todos los factores de riesgo cardiovascular- vascular, a través del servicio de SFT en pacientes en GSFT o educación sanitaria personalizada en pacientes del GES.

En el estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO realizado por Rodríguez Chamorro, MA. et.al.[85] el porcentaje de pacientes en prevención primaria fue del 78,8% y en prevención secundaria de 21,2%. Datos similares se muestran en el estudio EMDADER-CV realizado por Amariles, P. et.al.[84] en el que la distribución de pacientes en prevención primaria y secundaria fue del 71,4% y 28,6% respectivamente.

7.3.1.4. HERENCIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR-VASCULAR

El 36,5% de pacientes tenían algún familiar de primer orden (padres o hermanos) que habían desarrollado o muerto por una ECV a edad temprana (menor de 55 años en hombres o de 65 en mujeres). El 63,5% no recordaban tener ningún familiar de primer orden con desarrollo de ECV a edad temprana. El porcentaje de pacientes con antecedentes familiares de ECV fue estadísticamente superior en el GSFT (p=0,019).

Este factor genético es de gran importancia tenerlo en cuenta en el desarrollo de un plan de prevención cardiovascular- vascular personalizado en pacientes o familias con

esta herencia genética, ya que se estima que el riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad, es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no tienen el factor hereditario. En el caso de las mujeres, el factor genético influye en menor medida que en los hombres.

En un estudio realizado por Díaz- Realpe, JE. et.al.[106] cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de factores de riesgo biológico y comportamental para enfermedad cardiovascular- vascular en una población de trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) (Colombia), el 58,3% tenían antecedentes familiares de ECV.

En el estudio realizado por Hugo Luquez, RJ. et.al.[107] sobre prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo asociados en la provincia de Córdoba (Argentina) (Estudio DEAN FUNES), el 39,3% de los hipertensos tenían algún familiar de primer grado con HTA.

En un estudio realizado por Alberto Paterno, C.[108] sobre factores de riesgo coronario en la adolescencia (Estudio FRICELA) se observó una correlación positiva de la hipertensión arterial con la historia familiar de hipertensión arterial y con el índice de masa corporal ya que la obesidad de los jóvenes incluidos en el estudio se vinculó con la de sus progenitores.

En el caso de pacientes con herencia genética de ECV es muy importante conocer los hábitos higiénico- dietéticos del pacientes y de la familia en general ya que esta correlación entre antecedentes familiares y un mayor riesgo cardiovascular- vascular puede que no se deba solamente a factores genéticos, sino que sea la consecuencia de la transmisión de unos hábitos y estilo de vida de padres a hijos. Si bien es cierto que las personas con una historia familiar de ECV no pueden cambiar su herencia genética, sí se puede desde la farmacia comunitaria aconsejarles en medidas que ayuden a disminuir este riesgo.

7.3.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR (FRCV) MODIFICABLES Y OTROS PARÁMETROS RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

7.3.2.1. PRESIÓN ARTERIAL

El valor medio de PAS disminuyó de forma estadísticamente significativa en el tiempo, y esta disminución se debió al GSFT (p=0,001). El valor medio de PAS disminuyó en el total de pacientes de 142 (DE 2,25) mmHg a 131 (DE 1,39) mmHg [-7,7%]. En el GES

esta disminución fue de 139 (DE 2,16) mmHg a 133 (DE 1,67) mmHg [-4,3%] y en el GSFT de 144 (DE 2,32) mmHg a 130 (DE 1,18) mmHg [-9,7%].

En el total de pacientes y en el GSFT, la PAS en la visita inicial estaba clasificada en el escalón de HTA grado 1, pasando al final del estudio a una PAS clasificada en NORMAL-ALTA. En el GES la PAS se encontraba clasificada en el escalón de NORMAL-ALTA ya desde el principio del estudio (aunque al límite, PAS inicial= 139 mmHg) manteniéndose esta clasificación al final del estudio.

Estos datos muestran que tanto el servicio de SFT como educación sanitaria mejoran los niveles de PAS, aunque esta mejora sólo fue estadísticamente significativa en el GSFT.

El valor medio de PAD disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio ($p<0,001$) tanto en el GES como en el GSFT no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos. El valor medio de PAD disminuyó en el total de pacientes de 81,0 (DE 6,39) mmHg a 76,6 (DE 6,28) mmHg [-5,4%], en el GES esta disminución fue de 84,9 (DE 9,07) mmHg a 78,3 (DE 7,17) mmHg [-7,7%] y en el GSFT de 77,3 (DE 1,30) mmHg a 74,9 (DE 5,34) mmHg [-3,1%]. Aunque esta disminución fue superior en el GES que en el GSFT, esta diferencia no fue estadísticamente significativa entre grupos.

Esta mayor disminución del valor medio de PAD en el GES puede deberse a que al inicio del estudio, en el GSFT el valor medio de PAD estaba ya clasificado como ÓPTIMO, manteniendo esta clasificación a lo largo del estudio. Sin embargo, en el GES el valor medio de PAD estaba clasificado como NORMAL pasando al final del estudio a una clasificación de ÓPTIMO. En el total de pacientes el valor medio de PAD pasó de una clasificación de NORMAL a una clasificación de ÓPTIMO.

En el GES se consiguió reducir los niveles de PAS 6 mmHg y los niveles de PAD 6,6 mmHg. En el caso del GSFT, los niveles de PAS se redujeron 14 mmHg y los niveles de PAD 2,4 mmHg.

Existen estudios que cuantifican la disminución de los valores de PA en relación a la mejora del RCV. Según un estudio publicado en la revista Lancet[109], una disminución en la PAS de 10-12 mmHg, en comparación con el grupo control, reduce la incidencia de cardiopatía isquémica un 16%, los accidentes cerebrovasculares (ictus) un 38% y un 21% la incidencia de mortalidad cardiovascular- vascular. La reducción en el riesgo de ictus se observó tras pocos años de tratamiento, mientras que para la reducción del riesgo coronario el tiempo fue más prolongado. Debe destacarse que el beneficio fue

independiente del valor inicial de la presión arterial, así como del tipo de fármaco empleado.

En nuestro estudio los niveles de PAS se redujeron en el GSFT 14 mmHg, por lo que según este estudio[109], la reducción de los niveles de PAS que se obtuvo en el GSFT consiguió reducir la incidencia de cardiopatía isquémica más de un 16%, los accidentes cerebrovasculares (ictus) un 38% y más del 21% la mortalidad cardiovascular- vascular.

Otros estudios demuestran que cada reducción de 5 mmHg de PAS disminuye un tercio el RCV[110]. En el GES la PAS disminuyó 6 mmHg y en el GSFT 14 mmHg, por tanto según estos estudios se consiguió reducir el RCV aproximadamente 1/3 en el GES y casi 3/3 en el GSFT.

En el estudio realizado por Alfonzo Guerra, JP[109] la disminución de la presión arterial sistólica y la diastólica en tan solo 3- 4 mmHg disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares- vasculares del 7- 10 %.

Por tanto, según estos estudios[109,110], la reducción de los niveles de PAS y PAD conseguida en ambos grupos, aunque mayor en el GSFT, se traduce en una disminución real del riesgo cardiovascular- vascular.

El número de pacientes con diagnóstico médico de HTA aumentó a lo largo del estudio tanto en el GES como en el GSFT. En el GSFT el número de pacientes con diagnóstico de HTA pasó de 51,6% a 57% y en el GES de 52,3% a 54,5%. Aunque a través del servicio de educación sanitaria y la atención habitual en la farmacia se pueden detectar casos de HTA no diagnosticados hasta el momento (2,2%), a través del servicio de SFT se detectó un mayor número de estos casos (5,4%). Por tanto desde la farmacia comunitaria se pueden detectar casos de pacientes hipertensos no diagnosticados hasta el momento.

En cuanto a la clasificación de PA según La Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular[1], en el GES el porcentaje de pacientes con valores de PA clasificados como óptimos aumentó de un 16% a un 19%, los pacientes con PA clasificada como NORMAL se mantuvo en un 18%, los pacientes con valores de PA NORMAL-ALTA aumentaron de un 20% a un 25% y los pacientes con PA clasificada en alguno de los grados de HTA se redujo de un 46% a un 38%.

En el GSFT los pacientes con valores de PA clasificada como ÓPTIMA aumentaron de un 15% a un 18%, los pacientes con PA NORMAL aumentaron de un 18% a un 25%,

los pacientes con valores de PA clasificada como NORMAL-ALTA aumentaron de un 9% a un 40% y los pacientes con PA clasificada en alguno de los grados de HTA se redujeron de un 58% a un 17%.

Aunque el número de pacientes con valores de PA óptima aumentó de igual manera en ambos grupos (3%), en el GSFT se consiguió reducir más el número de pacientes con valores de HTA (-8% en GES y -41% en el GSFT).

Si consideramos como PA controlada valores de PA <140/90 en el caso de pacientes en prevención primaria y valores <130/80 en el caso de pacientes en prevención secundaria y diabéticos[1], en el GES se consiguió aumentar un 22,7% los pacientes con valores de PA controlados y en el GSFT un 52,7%. Este aumento fue estadísticamente superior en el GSFT (p= 0,0013).

El valor medio de FC se redujo de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,015). El valor medio de FC estuvo controlado a lo largo del estudio. En el total de pacientes el valor medio de FC se redujo un [-3,2%] pasando de una media de 72,01 (DE 11,45) a 69,73 (DE 8,05). En el GSFT esta reducción fue del [-4,6%] pasando la media de FC de un valor de 72,03 (DE 11,18) a 68,72 (DE 7,48), y en el GES de 71,99 (DE 11,79) a 70,80 (DE 8,53) [-1,6%].

Numerosos estudios corroboran los efectos positivos de la intervención farmacéutica y del SFT en la mejora de los valores de PA de los pacientes. Ejemplos de tales estudios son EMDADER-CV realizado por Amariles Muñoz, P. et.al.[84] en el que, el valor de PAS disminuyó de forma estadísticamente significativa tanto en el grupo control como en el grupo intervención. En nuestro estudio el valor de la PAS disminuyó en ambos grupos pero esta disminución sólo fue estadísticamente significativa en el GSFT.

En un estudio realizado en la farmacia de Juneda (Lleida) durante un periodo de 2 años por Rosinach Bonet J. et.al.[83], los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de HTA y que estuvieran en SFT en la oficina de farmacia donde se realizó el estudio. Por tanto los resultados de este estudio se pueden comparar con nuestro GSFT. En el estudio de Rosinach Bonet J. et.al.[83] se obtuvo una reducción media de PAS de 18,61 (DE 7,83) mmHg, de PAD 9,39 (DE 6,82) mmHg y de frecuencia cardiaca de 1,22 (DE 9,09) latidos por minuto. Las diferencias fueron significativas en la PAS y PAD pero no en la FC. Al igual que en el estudio de Rosinach Bonet J. et.al.[83], en el presente estudio, en el GSFT, los valores de PAS y PAD también disminuyeron de forma estadísticamente significativa.

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100], con una muestra de 79 pacientes procedentes de 11 farmacias comunitarias, el valor medio de PAS disminuyó un 2,7%. Aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa (p=0,186), se pudo observar, al igual que en el presente estudio, una reducción mayor del valor medio de PAS en el GSFT (-4,6%) que en el GES (-0,7%). En el estudio de Bofí Martínez, P. et.al.[100], el valor medio de PAD también disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio [-2,0%] (p=0,05) pero en este caso esta disminución se debió al grupo intervención.

7.3.2.2. PESO E IMC

Los valores de peso corporal se redujeron de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio y esta disminución se debió al GSFT (p=0,002). El valor medio de peso corporal disminuyó en el total de pacientes de 75,46 (DE 13,57) a 73,27 (DE 12,30) [-2,9%], en el GES de 74,90 (DE 12,35) a 73,50 (DE 11,63) [-1,9%] y en el GSFT de 75,99 (DE 14,67) a 73,05 (DE 12,96) [-3,9%]. Aunque el valor de peso corporal disminuyó en ambos grupos, esta disminución fue estadísticamente mayor en el GSFT. Estas diferencias entre grupos pueden deberse a una mayor implicación del paciente en las medidas higiénico- dietéticas en los pacientes en los que se realizó SFT.

En el caso del IMC, se produjo una disminución estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,003). El valor medio del IMC disminuyó en el total de pacientes de 28,34 (DE 4,41) a 27,51 (DE 3,91) [-2,9%], en el GES de 28,25 (DE 3,82) a 27,75 (DE 3,66) [-1,8%] y en el GSFT de 28,43 (DE 4,92) a 27,29 (DE 4,14) [-4,0%]. Aunque la reducción del valor medio de IMC fue estadísticamente mayor en el GSFT que en el GES, el valor medio de IMC se mantuvo en la clasificación de sobrepeso a lo largo del estudio tanto en el GES como en el GSFT, dato que confirma la estrecha relación entre enfermedades cardiovasculares- vasculares y sobrepeso-obesidad y la importancia desde la atención primaria de incidir en medidas a nivel poblacional e individual que fomenten unos hábitos higiénico- dietéticos adecuados, para lo cual el SFT puede ser una buena herramienta para que el paciente se implique en el control y seguimiento de hábitos higiénico- dietéticos saludables.

En el GES el porcentaje de pacientes clasificados en el escalón de normopeso aumentó de un 20% a un 28% [8%], y los pacientes con sobrepeso-obesidad se redujeron de un 80% a un 72% [-8%].

En el GSFT los pacientes con normopeso aumentaron de un 20% a un 38% [18%] y los pacientes con sobrepeso-obesidad disminuyeron de un 79% a un 61% [-18%]. El número de pacientes con infrapeso se mantuvo en un 1%.

Estos datos muestran que el servicio de SFT mejora más del doble que la educación sanitaria la clasificación del IMC.

El porcentaje de pacientes que consiguieron disminuir de peso, independientemente de que mejoraran o no su clasificación de IMC, fue de un 59,1% en el GES y de un 82,8% en el GSFT. Este aumento fue estadísticamente superior en el GSFT (p=0,001). Este dato muestra que aunque el servicio de educación sanitaria puede ser una herramienta útil en la orientación del paciente en la pérdida de peso, el servicio de SFT es más eficaz que el servicio de educación sanitaria en la consecución de dicho objetivo.

En un estudio realizado por Repilado Grillo, F.[111] sobre el seguimiento y control de pérdida de peso en una farmacia comunitaria, llevado a cabo durante periodos de 6 meses para cada paciente, entre Enero de 2005 y Diciembre de 2009, en una oficina de farmacia situada en Colmenar Viejo (Madrid) donde se evaluó el resultado y el efecto de la intervención farmacéutica en la pérdida de peso (muestra final de 56 pacientes), la muestra se dividió en 3 grupos: grupo control (se les pesó y se le midió PA, pero no se hizo ninguna intervención), grupo hábitos saludables (HF) (se le ofreció hábitos saludables y consejos para perder peso) y un tercer grupo (al que se le dispensó Orlistat o fitoterapia como coadyuvantes para la pérdida de peso). El GES del presente estudio se asemeja al grupo HF, por lo que los resultados sólo se compararán con este grupo. En el grupo HF el peso medio corporal disminuyó de forma estadísticamente significativa (p<0,001) de 77,400 kg a 73,00 kg. El IMC también disminuyó de forma estadísticamente significativa (p<0,001) de 33,40 a 31,80. Esta disminución fue similar a la experimentada en el presente estudio en la que el peso e IMC en la muestra total disminuyeron aunque tampoco se consiguió bajar la clasificación de sobrepeso-obesidad.

Otros estudios como el realizado por Bofí Martínez. P. et.al.[42], sobre pacientes hipotiroideos también muestran la eficacia del papel del farmacéutico en pacientes con sobrepeso y obesidad. En el nombrado estudio, aunque la mejora del IMC no fue estadísticamente significativa (p=0,112), la reducción del valor medio del peso corporal a lo largo de los 6 meses sí lo fue (p=0,016), consiguiendo que 3 de los 7 pacientes con sobrepeso bajaran al escalón del normopeso y de los 4 pacientes con obesidad, 2

pasaron al escalón del sobrepeso y uno a normopeso. En este estudio el servicio de SFT se complementó con un servicio de dietista con dieta personalizada y controles semanales para todos aquellos pacientes con sobrepeso-obesidad que querían adelgazar. En un estudio similar realizado por Mingorance Mingorance, MC. et.al.[112] sobre Seguimiento farmacoterapéutico, adherencia y conocimiento en pacientes con hipotiroidismo en una Farmacia de El Cuervo, Sevilla, se consiguió disminuir los pacientes con obesidad un 4%, los pacientes con sobrepeso aumentaron un 8% a lo largo del estudio y con normopeso disminuyeron un 4%. Aunque en este estudio no se consiguió aumentar el número de pacientes con normopeso, se observa como la intervención del farmacéutico ayuda a disminuir el número de pacientes con obesidad. Si comparamos este estudio con el de Bofí Martínez. P. et.al.[42], en el que el servicio de SFT se complementó con un servicio de dietista personalizado en pacientes con sobrepeso-obesidad, se consiguieron más pacientes que lograron mejorar su clasificación de IMC.

Este dato nos muestra como la cartera de servicios asistenciales que puede ofrecer una oficina de farmacia, no son servicios aislados sino que pueden complementarse entre sí con el objetivo de conseguir un mayor beneficio en la salud del paciente.

Además desde el punto de vista de la gestión de la farmacia, este dato nos muestra como un servicio en general no remunerado como el SFT puede derivar al paciente a otro servicio remunerado (servicio de dietista).

Otros estudios como el realizado por Sánchez Benito, JL. et.al.[23] en 10 oficinas de farmacia de Madrid, consistió en una intervención efectiva de pérdida saludable de peso en adultos con sobrepeso, se consiguió reducir el IMC de 31,08 (DE 11,00) a 28,5 (DE 11,00), consiguiendo así pasar la media de IMC del escalón de obesidad al de sobrepeso.

7.3.2.3. PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL

El porcentaje de grasa corporal disminuyó en el total de pacientes de 38,27 (DE 7,34) a 37,10 (DE 7,75) [-3,0%], en el GES esta disminución fue de 38,56 (DE 7,52) a 37,74 (DE 8,19) [-2,1%] y en el GSFT de 38,00 (DE 7,19) a 36,49 (DE 7,29) [-3,9%]. Esta disminución del porcentaje de grasa corporal fue estadísticamente significativa, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p<0,001$).

Esta mayor reducción de la grasa corporal en el GSFT va unida a la mayor reducción del peso corporal en este grupo en comparación con el GES (apartado 7.3.2.2).

La grasa es un componente fundamental de nuestro organismo debido a sus funciones: contribuye a mantener la temperatura corporal, transporte de vitaminas liposolubles, componente de membranas celulares, recubre los nervios, es parte de ciertas hormonas, actúa como sostén de muchos órganos, es la principal reserva de energía en el organismo y regula el metabolismo[113].
Aunque el rango de normalidad del porcentaje de grasa corporal se define según sexo y edad (Tablas 7- 8), en términos generales se define por la existencia de exceso de grasa corporal por encima del 25% en hombres y por encima del 33% en mujeres. La media de grasa corporal estuvo por encima del 38% al inicio del estudio y por encima del 36% al final del estudio. Esta porcentaje de grasa corporal elevado se explica por la media de IMC clasificado en el escalón de sobrepeso a lo largo del estudio.

Tanto el exceso como el déficit de grasa produce problemas en nuestra salud.
Un déficit de grasa (<10%) produce problemas que afectan a la fertilidad, la osteosíntesis y demás procesos metabólicos[113], pero un exceso de grasa también causa problemas como resistencia a la insulina, diabetes, hígado graso y enfermedades de tipo inflamatorio como artritis, artrosis, alzheimer, parkinson e incluso algunos tipos de cáncer[114].
Por todos estos motivos es tan importante controlar el porcentaje de grasa corporal, sobre todo en personas a dieta, para que la pérdida de peso sea segura y eficaz.
La forma más segura para la pérdida de peso es perder 1/2 kilo por semana. Hay 3,500 calorías en medio kilo de grasa corporal, por lo que para perder 1/2 kilo, se necesita crear simplemente un déficit de 500 calorías por día. En el transcurso de la semana, esto equivaldría a 3.500 calorías o medio kilo de grasa[115].
Por tanto el paciente no puede perder más de 2 kilos de grasa al mes (en promedio), cuando se baja más de eso, debido a dietas poco saludables que se ponen a menudo de moda en la sociedad, es porque lo que se está perdiendo es músculo y agua[114].

A pesar de la importancia que tiene la medición de la grasa corporal en pacientes a dieta para comprobar si el peso que se pierde es grasa y no músculo y agua, no se han encontrado estudios donde se utilice este parámetro como indicativo de una pérdida adecuada de peso.

7.3.2.4. GLUCOSA BASAL

El valor medio de glucosa basal disminuyó a lo largo del estudio de forma estadísticamente significativa debido al GSFT (p=0,004). El valor medio de GB disminuyó en el total de pacientes de 115,34 (DE 35,79) a 102,71 (DE 18,72) [-10,9%],

en el GES disminuyó de 111,25 (DE 36,97) a 104,18 (DE 21,33) [-6,3%] y en el GSFT de 119,20 (DE 34,39) a 101,31 (DE 15,86) [-15%]. Aunque el valor medio de GB disminuyó tanto en el total de pacientes como en ambos grupos, esta disminución fue estadísticamente superior en el GSFT (p=0,004).

Esta disminución consiguió que un 39,6% de pacientes mejoraran sus niveles de GB en el GES y un 60,4% de pacientes mejoraran los niveles de GB en el GSFT. Este aumento en el número de pacientes que mejoraron los niveles de GB fue estadísticamente superior en el GSFT (p= 0,004).

Cabe destacar que al inicio de estudio el valor medio de GB era mayor a 110 mg/dl y por tanto no estaba controlado ni en el total de pacientes, ni en GES ni en GSFT. Al final del estudio el valor medio de GB estaba controlado (<110 mg/dl) en ambos grupos y en el total de pacientes. Por tanto podemos afirmar que el establecimiento de un servicio gratuito de analíticas acompañado del servicio de educación sanitaria y/o SFT, ayuda a mejorar los valores de GB de los pacientes, aunque en el caso de pacientes en SFT esta mejora fue estadísticamente mayor.

El número de pacientes con diagnóstico de DM aumentó de un 18,2% a un 20,4%. El porcentaje de nuevos casos de DM detectados gracias al estudio fue similar en ambos grupos. En el GES se consiguió detectar un 2,3% de nuevos casos de diabetes no diagnosticados hasta el momento (13,6% de pacientes con diagnóstico de DM al inicio del estudio y 15,9% al final del estudio) y en el GSFT se detectaron un 2,1% de nuevos casos de diabetes (22,6% pacientes con diagnóstico de DM al inicio del estudio y 24,7% al final del estudio).

Datos similares se muestran en otros estudios como el realizado por Rosemir Pelá, I. et.al.[116] cuyo objetivo fue analizar el impacto del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante 6 meses. En este estudio también se consiguió una reducción estadísticamente significativa en los niveles de GB entre el GES y GSFT. En el estudio participaron 44 pacientes diabéticos tipo 2 que estaban incluidos en el programa de atención del servicio de Salud Pública de Ribeirão Preto-SP (Brasil). Los pacientes se dividieron en dos grupos, control e intervención (GC y GI respectivamente). Se analizaron los cambios en los resultados clínicos de la glucemia en ayunas, glucemia post-prandial y hemoglobina glicosilada. Al igual que en nuestro estudio, los resultados mostraron una reducción en los niveles de glucemia estadísticamente significativa (p=0,05) entre los grupos control e intervención al final del estudio. Estos estudios muestran la eficacia de la intervención del farmacéutico en

el control de la GB tanto en diabéticos como en pacientes con enfermedad cardiovascular- vascular.

En un estudio realizado por Lazo Roblejo, Y, et.al [117] con una muestra de 30 pacientes diabéticos en los que se les realizó el servicio de SFT mediante el método Dáder en la Farmacia Principal Municipal de Santiago de Cuba, un 80% de los pacientes incluidos en el estudio consiguieron los objetivos clínicos adecuados gracias a este servicio.

En otros estudios como el realizado por Pilger. D.[98], en el que se evaluó la intervención farmacéutica a pacientes diabéticos. La muestra se dividió en GC al que se le realizó atención habitual en la farmacia y en GI al que se le realizó SFT. Los niveles de GB al inicio del estudio fueron en el GI de 156,1 (DE 42,9) mg/dl y en el GC 170 (DE 64,2) mg/dl, disminuyendo al final del estudio -7,8 (DE 38,1) mg/dl en el GI y -9,9 (DE 52,9) mg/dl en el GC, siendo esta diferencia estadísticamente no significativa (p=0,835). Al igual que en nuestro estudio los niveles de GB mejoran tanto en el GC como en el GI aunque en nuestro estudio la reducción del valor de GB fue estadísticamente superior que en el GSFT. El valor medio de GB fue superior en el estudio de Pilger. D.[98] que en nuestro estudio, debido a que se partía de una muestra de pacientes diagnosticados de diabetes no controlados (niveles de hemoglobina glicosilada elevados como criterio de inclusión).

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100] cuyo objetivo fue analizar la eficacia de los servicios de educación sanitaria y SFT en la salud cardiovascular-vascular, el valor medio de GB disminuyó a lo largo del estudio de 118,42 (DE 49,62) a 108,32 (DE 36,74) [-8,5%]. Esta disminución fue estadísticamente significativa en el tiempo (p=0,009) pero no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos. En el caso del GES el valor de GB se redujo de 114,33 (DE 50,23) a 106,94 (DE 34,68) [-6,5%] y en el GSFT 122,51 (DE 49,37) a 109,69 (DE 39,14) [-10,5%]. Al igual que en nuestro estudio la mejora del valor medio de GB fue mayor en el GSFT que en el GES, pero en nuestro estudio esta diferencia sí fue estadísticamente significativa.

7.3.2.5. COLESTEROL TOTAL

El valor medio de CT disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,002). En el total de pacientes el valor medio de CT disminuyó de 215,03 (DE 37,54) a 191,16 (DE 23,19) [-11,1%], en el GES se redujo de 212,40 (DE 35,40) a 195,93 (DE 26,59) [-7,7%] y en el GSFT el valor medio de CT se redujo de 217,53 (DE 39,49) a 186,65 (DE 18,48) [-14,2%]. Aunque el valor medio de

CT disminuyó en el total de pacientes y en ambos grupos, esta disminución fue estadísticamente superior en el GSFT (p=0,002).

Aunque el valor medio de CT disminuyó de forma estadísticamente superior en el GSFT, no hubo diferencias estadísticamente significativas (p=0,123) en el porcentaje de pacientes que mejoraron sus niveles de CT entre grupos, siendo esta mejora de un 43,8% de pacientes que mejoraron los niveles de CT en el GES y de un 53,3% de pacientes que mejoraron los niveles de CT en el GSFT. Este dato demuestra que tanto el servicio de educación sanitaria como SFT aumentan de forma similar el número de pacientes que mejoran sus niveles de CT, aunque en el GSFT los pacientes disminuyeron más los valores de CT.

Cabe destacar que al inicio del estudio el valor medio de CT era >200 mg/dl y por tanto no estaba controlado ni en el total de pacientes, ni en el GES ni en el GSFT. Al final del estudio el valor medio de CT era <200 mg/dl y por tanto estaba controlado en el total de pacientes y en ambos grupos.

Similares resultados se muestran en la tesis de Rodríguez Chamorro, MA. et.al[85], en el que tanto en el grupo control como en el grupo intervención se produjo una mejora en los niveles de CT. En el grupo control esta disminución fue de 181,49 (DE 36,54) a 179,92 (DE 31,18) (p=0,683) y en el GI de 184,61 (DE 33,79) a 172,59 (DE 23,87) (p=0,222). Aunque esta diferencia entre GC y GI no fue estadísticamente significativa, en el estudio de Rodríguez Chamorro, MA. et.al[85], la reducción del valor medio de CT también fue superior en el GI.

En un estudio realizado por Castillo García E. et.al.[118] en una oficina de farmacia de Puerto de Sagunto (Valencia, España) durante febrero de 2006- junio de 2007, con el objetivo de evaluar un programa de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con DM2, se incluyeron en el estudio 40 pacientes diabéticos tipo 2 (13 en grupo control y 27 en grupo intervención: 16 pacientes en un grupo intervención A que recibió educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico y 11 pacientes en un grupo intervención B al que sólo se realizó monitorización de las variables). El Grupo intervención A (GIA) podría equipararse con nuestro GSFT y el grupo intervención B con nuestro GES. El CT disminuyó en el GIB de 179,31 (DE 21,17) a 178,25 (DE 29,96) y en el GIA de 188,91 (DE 46,39) a 183,52 (DE 28,36). En este estudio también se observa una reducción mayor de los niveles de CT en los pacientes a los que se les realizó SFT.

En un estudio realizado por Ruíz García, E.[86] en una farmacia de Huércal- Overa (Almería), se dividió la muestra en 2 grupos. Al grupo control se le realizó una primera entrevista, se elaboró su historia clínica, se realizó el cuestionario de cumplimiento de Morysky, se determinaron los niveles de CT, GB, perímetro abdominal, PA, IMC, RCV y se les entregó información sanitaria escrita sobre dislipemias. Al grupo intervención se le realizó el mismo procedimiento pero además se les pasó una encuesta sobre su satisfacción con la receta electrónica. A nivel clínico el procedimiento fue idéntico en GC y GI. El valor medio de CT también mejoró a lo largo del estudio de 212,81 (DE 27,18) a 206,59 (DE 28.23).

En un estudio realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[42] en pacientes hipotiroideos, mostró como el servicio de SFT en dichos pacientes, reducía los niveles de CT de forma estadísticamente significativa (p=0,003) tras 6 meses de aplicación de dicho servicio.

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100], en 11 farmacias comunitarias, el valor medio de CT disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio (p= 0,027), tanto en el GES como en el GSFT. El valor medio de CT disminuyó en el total de pacientes de 198,68 (DE 43,20) a 189,24 (DE 39,31) [-4,8%], en el GES de 198,89 (DE 33,91) a 185,89 (DE 29,41) [-6,5%] y en el GSFT de 198,50 (DE 51,34) a 192,58 (DE 47,40) [-2,9%].

7.3.2.6. TRIGLICÉRIDOS

El valor medio de TG disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio (p<0,001) tanto en el GES como en el GSFT, por lo que tanto el servicio de educación sanitaria como el servicio de SFT, son eficaces en el control de los niveles de TG de los pacientes. En el total de pacientes el valor medio de TG disminuyó de 211,85 (DE 143,25) a 120,08 (DE 51,76) [-43,3%], en el GES esta disminución fue de 208,78 (DE 137,85) a 132,24 (DE 66,23) [-36,7%] y en el GSFT de 214,74 (DE 148,86) a 108,57 (DE 28,62) [-49,4%].

El porcentaje de pacientes que consiguió mejorar los niveles de TG fue de 45,4% de pacientes en el GES y de un 54,6% de pacientes en el GSFT. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa entre grupos (p=0,357)

Al inicio del estudio el valor medio de TG era mayor a 150 mg/dl y por tanto no estaba controlado ni en el total de pacientes, ni en el GES ni en el GSFT. Al final del estudio el

valor medio de TG estuvo controlado (<150 mg/dl) en el total de pacientes y en ambos grupos.

Gracias al estudio se consiguió pasar de un 51,9% a un 58% de pacientes con diagnóstico médico de dislipemia. En el GES este aumento fue de un 4,5% pasando de un 58% a un 62,5% de pacientes con diagnóstico de dislipemia. En el GSFT se diagnosticaron un 7,6% de nuevos casos de dislipemia pasando de un 46,2% a un 53,8% de pacientes con diagnóstico médico de dislipemia.

Por tanto la implantación de un servicio de analíticas en la farmacia comunitaria, acompañado del servicio de educación sanitaria y/o SFT, son eficaces en la detección de pacientes con dislipemia no diagnosticados hasta el momento.

Existen muy pocos estudios en oficina de farmacia que se centren en la mejora de los valores de TG, sin embargo es un parámetro que podría mejorarse fácilmente con la intervención del farmacéutico ya que responde rápidamente a cambios dietéticos y en el estilo de vida.

En el estudio realizado por Castillo García E. et.al.[118] en una oficina de farmacia de Puerto de Sagunto (Valencia, España) durante febrero de 2006 - junio de 2007, con el objetivo de evaluar un programa de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con DM2 en el que se incluyeron 40 pacientes diabéticos tipo 2 (13 en grupo control y 27 en grupo intervención: 16 pacientes en un grupo intervención A que recibió educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico y 11 pacientes en un grupo intervención B al que sólo se realizó monitorización de las variables). El grupo intervención A se podría equiparar con nuestro GSFT y el grupo intervención B con nuestro GES. Los TG disminuyeron en el GIB de 183,94 (DE 60,05) a 178,94 (DE 67,95) y en el GIA aumentaron ligeramente de 170,55 (DE 69,49) a 199,64 (DE 70,17). En nuestro trabajo los niveles de TG disminuyeron tanto en GSFT como en GES. Estas diferencias se podrían deber a que los TG se elevan ante concentraciones de GB elevadas en sangre ya que el exceso de hidratos de carbono se acumula en forma de TG, por ello los diabéticos disminuyen con menor facilidad los niveles de TG. A pesar de esto se podría considerar que tanto el SFT como la educación sanitaria y todas las recomendaciones higiénico- dietéticas que conllevan son útiles para mejorar o mantener los niveles de TG.

En un estudio similar realizado en 11 farmacias comunitarias[100] el valor medio de TG también disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio (p=0,028) tanto en el GES como en el GSFT. El valor medio de TG disminuyó en el

total de pacientes de 164,37 (DE 102,93) a 137,32 (DE 93,84) [-16,5%], en el GES de 166,94 (DE 100,71) a 138,68 (DE 79,72) [-16,9%] y en el GSFT de 161,80 (DE 106,48) a 135,96 (DE 107,26) [-15,9%].

Los resultados de estos estudios muestras que tanto el servicio de educación sanitaria como el servicio de SFT, son útiles para el control de los niveles de TG en los pacientes.

7.3.2.7. SCORE

Como se ha explicado en el apartado de limitaciones, los resultados de la clasificación SCORE se basan en la Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular 2003[10].

El valor medio de SCORE disminuyó a lo largo del estudio de forma estadísticamente significativa debido al GSFT (p=0,031). En el total de pacientes el valor medio de SCORE disminuyó de 3,13 (DE 3,04) a 2,03 (DE 1,62) [-35,1%], en el GES esta disminución fue de 2,98 (DE 2,90) a 2,15 (DE 1,65) [-27,8%] y en el GSFT de 3,28 (DE 3,17) a 1,92 (DE 1,59) [-41,5%]. Observamos que el valor medio de SCORE disminuyó tanto en el GES como en el GSFT aunque esta disminución sólo fue estadísticamente significativa en el GSFT (p=0,031).

En cuanto a la clasificación del RCV mediante el método SCORE, en el GES se consiguió aumentar de un 12% a un 19% los pacientes con RCV bajo, de un 6% a un 7% los pacientes con RCV moderado y se redujo de un 82% a un 74% los pacientes con RCV aumentado. En el GSFT se consiguió aumentar los pacientes con RCV leve de un 9% a un 19%, los pacientes con RCV moderado aumentaron de un 13% a un 16% y los pacientes con RCV aumentado se redujeron de un 78% a un 65%.

Observamos que tanto en el GES como en el GSFT aumentó el número de pacientes con riesgo cardiovascular- vascular leve y moderado y se redujeron los pacientes con riesgo cardiovascular- vascular aumentado, aunque esta mejora fue mayor en el GSFT. Estos datos muestran que tanto el servicio de educación sanitaria como SFT pueden mejorar el RCV, aunque con el servicio de SFT se consigue mejorar en mayor medida el RCV de los pacientes.

En un estudio realizado por Rosinach Bonet, J. et.al.[83] llevado a cabo en la única oficina de farmacia de Juneda (Lleida), durante un período de 2 años, comprendido entre julio de 2005 y junio de 2007 cuyo objetivo fue analizar el efecto del SFT en la optimización de la farmacoterapia de pacientes hipertensos no controlados para la

adecuación de los valores de PA a su situación clínica, los pacientes con RCV leve (SCORE) pasaron de 12 (52%) a 15 (65%) y con RCV alto (SCORE) de 11 (48%) a 8 (35%). En el estudio de Rosinach Bonet, J. et.al.[83], a todos los pacientes se les realizó el servicio de SFT, no diferenciando entre GC y GI. Por tanto los resultados de Rosinach Bonet, J. et.al.[83] pueden compararse con el GSFT del presente estudio, el cual siguió la misma tendencia a aumentar el porcentaje de pacientes con RCV leve y disminuir los pacientes con RCV aumentado, en aquellos pacientes en SFT.

En el estudio realizado por Amariles, P. et.al.[84], el GI disminuyó el número de pacientes con RCV alto un 6,7% (disminución estadísticamente significativa), los pacientes con RCV bajo aumentaron un 3,2% y los pacientes con RCV moderado aumentaron un 3,5%. En el GC el número de pacientes con RCV alto disminuyeron un 3,4% (disminución estadísticamente significativa), los pacientes con RCV bajo aumentaron un 3,4% y los pacientes con RCV moderado disminuyeron un 1%. En este estudio se observa que tanto el SFT como la educación sanitaria mejoran la clasificación SCORE, pero esta mejora es superior en el GSFT (se redujo más el número de pacientes con RCV alto).

7.3.2.8. OTROS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR: PERÍMETRO DE LA CINTURA, ÍNDICE CINTURA-CADERA (ICC) E ÍNDICE CINTURA- ALTURA (ICA)

En numerosos estudios[105,119,120,121] y según la Fundación Española de Corazón[122] y la OMS[123], el perímetro de la cintura, independientemente del peso o del índice de masa corporal, es un parámetro que predice el riesgo cardiovascular- vascular. Un perímetro de cintura elevado está estrechamente relacionado con un mayor riesgo cardiovascular- vascular, independientemente del índice de masa corporal (IMC) y de la edad del paciente, por ello el índice de masa corporal (IMC) se debe de acompañar de otras mediciones que indiquen la zona donde se acumula la grasa. Para ello mediciones como el perímetro de la cintura, ICA o ICC, resultan mediciones rápidas y sencillas indicativas de obesidad intraabdominal.

Según datos de la Fundación española del corazón y diversos estudios realizados en EEUU[124] el sobrepeso o la obesidad concentrada alrededor del abdomen adelanta la edad probable de tener el primer ataque al corazón entre cuatro y ocho años, aumenta tres veces más el riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares e insuficiencia cardíaca y el doble de infartos y anginas.

Numerosos estudios muestran la importancia de medir la grasa intraabdominal para determinar el riesgo de patologías cardiovasculares- vasculares.

En el estudio IDEA[125] en el que se evaluó la frecuencia de la obesidad abdominal en, 170.000 personas seleccionadas de una muestra de más de 6.300 médicos generalistas de 63 países diferentes, los resultados indicaron que el perímetro de cintura y el IMC son marcadores independientemente asociados, tanto a las enfermedades cardiovasculares- vasculares como a la diabetes, independientemente de la edad, el sexo o el origen geográfico de los sujetos. El estudio IDEA confirma la importancia de la medida del perímetro de cintura en asistencia primaria, en la misma medida que el IMC, la presión arterial, la glucemia o el perfil lipídico, a la hora de identificar a los pacientes que corren mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares-vasculares y diabetes. Asimismo, se determinó también la relación existente entre el perímetro de cintura, el IMC y la frecuencia de enfermedades cardiovasculares-vasculares y diabetes. Los resultados demostraron que, tanto en los hombres como en las mujeres, el perímetro de cintura y el IMC están independientemente asociados a enfermedades cardiovasculares- vasculares y diabetes. Sin embargo, esta correlación es más estrecha en el caso del perímetro de cintura, que en el caso del IMC. De hecho, la relación existente entre el perímetro de cintura, enfermedades cardiovasculares- vasculares y, especialmente, diabetes, se observó incluso en los pacientes delgados.

En un estudio realizado por Fanghanel, G. et.al.[123] en el que se estudiaron 153 individuos no diabéticos con obesidad (índice de masa corporal ≥ 30) y perímetro de la cintura en mujeres ≥ 80 cm y en hombres ≥ 94 cm, que ingresaron a un programa de control de peso por dos años, de los 90 pacientes que concluyeron el estudio 37 (grupo 1) disminuyeron su perímetro de cintura, en mujeres por debajo de 80 cm y en hombres por debajo de 94 cm; en 53 pacientes (grupo 2) no hubo cambios significativos. En el grupo 1 hubo cambios en la prevalencia de presión arterial de 36,6 a 21,6%, de hiperglucemia de más de 100 mg/dl de 18,8% a 8,1% y de triglicéridos por arriba de 150 mg/dl de 28,8 a 18,9%; el riesgo Framingham a 10 años se redujo.

En un estudio realizado por Pischon, T. et.al.[126] en el que se examinó la asociación entre IMC, perímetro de la cintura y relación cintura-cadera con el riesgo de muerte entre 359.387 participantes de nueve países dentro del Estudio Prospectivo Europeo sobre Cáncer y Nutrición (EPIC), se concluyó que tanto la adiposidad general como la adiposidad abdominal están asociadas al riesgo de muerte y respaldan el uso del

perímetro de la cintura o la relación cintura-cadera además del IMC para evaluar el riesgo de muerte.

Estos estudios muestran la relación directa entre la adiposidad intraabdominal y el riesgo cardiovascular- vascular y por tanto la importancia de incorporar esta determinación a la práctica diaria en atención primaria.

Además en un estudio publicado por Gustafson, D.R.[127] de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), un índice cintura-cadera alto en la madurez en la mujer está relacionado con un aumento del riesgo de demencia en el futuro.

A pesar de la importancia de la medición de la grasa intraabdominal según los resultados de la encuesta "Shape of the Nations"[128], en la que participaron más de 16.000 personas de 27 países de todo el mundo, incluido España, el 49% de los médicos de Atención Primaria europeos reconocen que nunca miden la circunferencia de la cintura. En España, este porcentaje se sitúa en el 42%, lo que indica que esta práctica médica no es habitual a pesar de su sencillez y sensibilidad. Además la falta de información de la población fue evidente mostrando un gran desconocimiento sobre el tema. Pese a que el 41 % de los españoles eran conscientes del riesgo asociado a la obesidad intraabdominal, mucha gente consideraba que la obesidad general es más negativa que la intraabdominal y se mostraron más preocupados por el simple exceso de peso que por la zona donde ésta se localiza.

Estos datos son similares en farmacia comunitaria. Se han podido encontrar muy pocos estudios en los que el farmacéutico utilice la determinación de la adiposidad intraabdominal como indicador de riesgo cardiovascular- vascular.

En el estudio de Ruiz E.[86] se consiguió gracias a la actuación del farmacéutico reducir el valor medio de IMC de 26,24 (DE 2,68) a 22,22 (DE 2,54). Esta reducción del IMC se acompañó de una reducción del perímetro de la cintura de 97,10 (DE 12,67) a 94,09 (DE 10,93).

Actualmente las farmacias comunitarias pueden tener un papel importante en la detección y control de los sujetos con riesgo cardiovascular- vascular. Dentro de las acciones a realizar, la medida del perímetro abdominal, ICA o ICC para identificar a aquellos con obesidad central y, por lo tanto, con riesgo cardiovascular- vascular, es una medición rápida y sencilla que podemos incorporar a nuestra práctica diaria, antes de poner en marcha la estrategia de intervención correspondiente.

7.3.2.8.1. PERÍMETRO DE LA CINTURA

El valor medio del perímetro de la cintura disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,01). En el total de pacientes el perímetro de la cintura se redujo de 98,48 (DE 15,57) a 96,56 (DE 15,10) [-2,0%], en el GES esta reducción fue del 98,57 (DE 14,64) a 97,58 (DE 14,65) [-1,0%] y en el GSFT de 98,39 (DE 16,48) a 95,59 (DE 15,53) [-2,8%]. Esta reducción del perímetro de la cintura estadísticamente superior en el GSFT coincide con la mayor pérdida de peso que se produjo en el GSFT y que fue estadísticamente superior que en el GES.

Al inicio del estudio el valor del perímetro de la cintura suponía por sí mismo un riesgo cardiovascular- vascular elevado para el 63% de los pacientes (62,5% en GES y 63,4% en GSFT) consiguiendo al final del estudio reducir este riesgo en un 8,9% de los pacientes (-4,5% GES y -12,9% GSFT), de tal manera que al final del estudio el 54,1% de los pacientes tenía un perímetro de la cintura indicador de RCV aumentado (58% en GES y 50,5% en GSFT). Ni al inicio (p=1) ni al final del estudio (p=0,394) hubo diferencias entre grupos en el número de pacientes con perímetro de la cintura indicativo de RCV aumentado entre GES y GSFT.

7.3.2.8.2. ICC

El valor medio del ICC se redujo de forma estadísticamente significativa en el tiempo, tanto en el GES como en el GSFT, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p<0,001). En el total de pacientes el valor medio de ICC se redujo de 0,92 (DE 0,12) a 0,91 (DE 0,12), en el GES se redujo de 0,93 (DE 0,12) a 0,92 (DE 0,12) y en el GSFT de 0,91 (DE 0,13) a 0,90 (DE 0,13), reduciéndose en la misma proporción en el total de pacientes, en el GES y en el GSFT [-1,1%].

Al inicio del estudio el ICC era indicativo de un RCV aumentado en el 68,5% de pacientes (70,5% en el GES y 66,7% en el GSFT), consiguiendo al final del estudio reducir este riesgo en un 3,9% de pacientes, con lo que al final del estudio un 64,6% de pacientes tenía un valor de ICC indicativo de RCV aumentado (65,9% en GES y 63,4% en GSFT).

7.3.2.8.3. ICA

El valor medio de ICA se redujo de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,002). En el total de pacientes el valor medio de ICA se redujo de 0,60 (DE 0,09) a 0,58 (DE 0,09) [-3,3%], en el GES esta reducción fue de

0,60 (DE 0,87) a 0,59 (DE 0,87) [-1,7%] y en el GSFT de 0,60 (DE 0,10) a 0,58 (DE 0,97) [-3,3%].

Al inicio del estudio el porcentaje de pacientes con un valor de ICA indicativo de RCV elevado era de 89% (88,6% en GES y 89,2% en el GSFT). Al final del estudio el porcentaje de pacientes con ICA elevado había disminuido en el total de pacientes un 2,3% y en el GSFT un 5,3%. Sin embargo en el GES el porcentaje de pacientes con un valor de ICA indicativo de RCV elevado había aumentado ligeramente un 1,3%.

Valores de ICA superiores a 0,5 son indicativos de RCV aumentado. Aunque el valor medio de ICA se redujo de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio, su valor fue superior a 0,5 tanto al inicio como al final del estudio. Esto puede ser debido a que el IMC se mantuvo en el escalón de sobrepeso a lo largo del estudio, en el total de pacientes y en ambos grupos.

El método SCORE considera como parámetros para clasificar el RCV la edad del paciente, género, si es fumador, valores de PAS y niveles de CT. Según el método SCORE los pacientes con RCV aumentado se redujeron de un 82% a un 74% en el GES y de un 78 a un 65% en el GSFT. Sin embargo si consideramos el perímetro de la cintura como parámetro indicador de RCV elevado, en el GES los pacientes con RCV aumentado se redujeron de un 62,5% a un 58% y en el GSFT se redujeron de un 63,4% a un 50,5%.

Si consideramos el ICC como parámetro indicador de RCV aumentado, en el GES los pacientes con RCV aumentado se redujeron de un 70,5% a un 65,9% y en el GSFT de un 66,7% a un 63,4%.

En el caso de considerar la medición del ICA para determinar el RCV, en el GES los pacientes con RCV aumentado pasaron de un 88,6% a un 89,9% y en el GSFT se redujeron de un 89,2% a un 83,9%.

Aunque el método recomendado hoy en día para la clasificación del RCV por la Adaptación Española de la Guía Europea de prevención cardiovascular, es el método SCORE[1,7,10], numerosos estudios[105,119-127,129] demuestran la importancia de medir la grasa intraabdominal (perímetro de la cintura, ICA o ICC) para determinar aquellos pacientes con RCV aumentado y por tanto la importancia de acompañar el método SCORE de esta determinación para poder orientar mejor la estrategia de actuación con el paciente.

7.3.2.9. RELACIÓN DE LA PÉRDIDA DE PESO Y LA MEJORA DE OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

El 45,7% de pacientes que disminuyó de peso mejoró sus valores de PA (30,8% en GES y 55,8% en GSFT).

El 69,8% de pacientes que disminuyeron de peso mejoraron sus valores de GB (63,5% en GES y 74% en GSFT).

El 80% de pacientes que disminuyeron de peso mejoraron sus niveles de CT (75% en GES y 81,8% en GSFT).

El 81,4% de pacientes que disminuyeron de peso disminuyó los valores de TG (80,8% en GES y 81,8% en GSFT).

Estos resultados muestran como la pérdida de peso mejora los FRCV, sobre todo parámetros bioquímicos como el perfil lipídico en primer lugar, seguido de los valores de glucemia.

Numerosas publicaciones[24,130-132] también muestran los beneficios de la pérdida de peso en la mejora de los FRCV de los pacientes. Como ejemplo de tales estudios se puede encontrar el estudio Look AHEAD[133] en el que se compara el efecto a largo plazo de intervenciones de cambios en el estilo de vida con el cuidado habitual de la diabetes, sobre algunos factores de riesgo cardiovascular- vascular (niveles de presión arterial, glucemia, colesterol y triglicéridos) y la mortalidad en 5.145 pacientes con diabetes tipo 2 en sobrepeso y obesidad. Los resultados de este estudio muestran que la pérdida de peso está fuertemente asociada con la mejoría en los niveles de glucosa en sangre, de la presión arterial, de los triglicéridos y del colesterol-HDL. Además, comparados con los participantes que mantuvieron un peso estable, los sujetos que perdieron entre 5-10% de su peso tenían una mayor probabilidad de disminuir 0,5% los niveles de HbA1c, 5 mmHg tanto la presión arterial sistólica como la sistólica, 40 mg/dl los niveles de triglicéridos y aumentar un 5% los niveles de colesterol-HDL. Incluso, se vio que la probabilidad de mejoría de estos factores de riesgo cardiovascular- vascular fue aún mayor en los que perdieron entre el 10-15% de su peso corporal.

En un estudio realizado por Serra Majem, Ll. et.al.[134] con 1.018 sujetos (788 mujeres y 230 varones) con obesidad y sobrepeso, atendidos en una clínica de obesidad y sometidos a un programa de pérdida ponderal mediante dieta hipocalórica de estilo mediterráneo y recomendaciones de ejercicio físico, se concluyó que la pérdida de

peso mejora los factores de riesgo cardiovascular- vascular asociados a sobrecarga ponderal, especialmente si éstos se encuentran previamente alterados, aun en pérdidas de menos del 5% del peso inicial.

7.3.3. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

El 94,1% de pacientes totales incumplidores en la visita inicial pasaron a cumplidores en la visita final. En el GES el 53,3% de pacientes incumplidores pasaron a cumplidores y en el GSFT el 84,4% de pacientes incumplidores pasaron a cumplidores. Aunque en el GSFT se consiguió que un mayor número de pacientes incumplidores pasaran a cumplidores, esta diferencia no fue estadísticamente significativa entre grupos (p=0,793). Por lo que tanto el servicio de educación sanitaria como de SFT ayudan a aumentar el grado de adherencia de los pacientes a sus tratamientos, lo cual se traduce en una mayor efectividad del tratamiento, una mejora en la salud del paciente y una disminución de complicaciones consecuencia del mal cumplimiento de la farmacoterapia.

En el GES el porcentaje de pacientes cumplidores aumentó de un 47% a un 71% y el porcentaje de pacientes incumplidores se redujo de un 53% a un 29%. En el GSFT el porcentaje de pacientes cumplidores aumentó de un 61% a un 94% y los pacientes incumplidores se redujeron de un 39% a un 6%. Aunque en el GSFT se consiguió un mayor número de pacientes cumplidores, en ambos grupos se observó un aumento en la adherencia a los tratamientos, por lo que tanto el servicio de SFT como educación sanitaria son eficaces en la mejora del cumplimiento farmacoterapéutico.

En otros estudios comparados también se muestra que tanto el SFT como la educación sanitaria aumentan el grado de cumplimiento de los pacientes. En la tesis de Rodríguez Chamorro, MA .et.al.[85], 85 pacientes participaron en el estudio: 41 en el grupo control y 44 en el grupo intervención. Los pacientes del grupo intervención, recibieron SFT mediante el Método Dáder y los pacientes del grupo control, recibieron la atención habitual en la farmacia y educación sanitaria individualizada sobre salud cardiovascular- vascular. Tanto en el grupo control como en el grupo intervención se logró un aumento en el valor inicial de la adherencia cualitativa que pasó en el GI de 68,2% a 95,5% (p<0,001) y en el grupo control pasó de 58,5% a 85,3% respecto a los valores iniciales (p<0,001). Este aumento fue estadísticamente significativo.

En un estudio realizado por Molina Moya, ML. et.al.[101], en una oficina de farmacia comunitaria de Alginet (Valencia) de septiembre 2007 a marzo 2008 en el que participaron 49 pacientes diagnosticados de HTA, se determinó la adherencia

mediante el test de Morisky-Green, y se midió la presión arterial. La intervención farmacéutica consistió en fomentar la adherencia al tratamiento, dar educación sanitaria y realizar seguimiento farmacoterapéutico en aquellos pacientes que no alcanzaron el objetivo terapéutico. La adherencia aumentó del 42,9% al 92,9% (p=0,016).

En un estudio realizado por Pruja Mach, D. et.al.[135] sobre uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento hipolipemiante en una farmacia de Girona, se pudo extraer que el grado de cumplimiento según test de Morisky-Green fue del 68% y la mayor causa de incumplimiento fue el olvido de la toma (47%)

En un estudio realizado por Busquets Gil, A. et.al.[136] sobre cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a una farmacia rural de Girona y otra de Almería. Los pacientes que utilizaban antiagregantes orales incumplían el tratamiento en un 43%, independientemente de la localización geográfica en el estudio y las diferencias de perfil, siendo la principal causa el olvido de la toma. Durante el primer año sólo incumplía una cuarta parte, aumentando al 50% a partir del segundo año.

Según datos publicados en Octubre del 2012[137], la mitad de los pacientes crónicos y el 20% de los pacientes agudos incumplen los tratamientos, con el riesgo que ello conlleva para su propia salud y también, con el perjuicio económico que supone para el conjunto de la sociedad. Ejemplo de este grado de incumplimiento es el caso de pacientes hipertensos: aproximadamente la mitad de los pacientes hipertensos abandona el tratamiento terapéutico durante el primer año y el 85% incumple las medidas higiénico- dietéticas que recomiendan los especialistas[138].

Además según revela el estudio D-Valor[139] de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), presentado en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, el 42,9% de los pacientes tiene carencias "significativas" de información sobre los fármacos que debe tomar, especialmente sobre la duración del tratamiento.

El incumplimiento suele estar relacionado con la falta de información del paciente sobre sus patologías y tratamientos. El farmacéutico, a través del servicio de educación sanitaria y SFT, puede detectar casos de incumplimiento y proporcionar la información necesaria al paciente con el fin de que comprenda el objetivo y beneficios de sus tratamientos y la importancia de su adecuado cumplimiento.

7.3.4. NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD Y MEDICAMENTOS USADOS

7.3.4.1. NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD

El número de problemas de salud de los pacientes disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT (p=0,006). En el total de pacientes la media de problemas de salud disminuyó de 4,08 (DE 2,21) a 3,80 (DE 2,37) [-6,8%], en el GES disminuyó de 3,69 (DE 2,14) a 3,58 (DE 2,24) [-2,9%] y en el GSFT de 4,45 (DE 2,23) a 4,01 (DE 2,48) [-9,8%]. Estos datos muestran que tanto el servicio de educación sanitaria como el servicio de SFT disminuyen el número de PS de los pacientes aunque esta disminución sólo fue estadísticamente significativa en el GSFT (p=0,006). El servicio de SFT consiguió reducir 3 veces más los PS de los pacientes que la educación sanitaria.
El número de PS disminuyó a lo largo del estudio y además se produjo una mejora de los PS existente, dato que se observa en la evolución del valor medio de los parámetros de GB, CT, TG, peso y clasificación de la PA.

Al igual que en el presente estudio, existen otros estudios realizados en farmacia comunitaria en los que se muestra como a través del servicio de SFT se consigue reducir el número de problemas de salud del paciente. Ejemplos de estos estudios son el estudio conSIGUE[140] en su primera fase con un estudio piloto en Cádiz**,** en el que participaron 40 farmacéuticos de 30 farmacias**,** se demostró que la intervención del farmacéutico en el Seguimiento Farmacoterapéutico, en colaboración con médico y paciente, mejora el control del problema de salud (12%).

En un estudio realizado en farmacias de Tarragona y Lleida durante el periodo 2010-2011 en el que se realizaron 37 seguimientos farmacoterapéuticos, se consiguió solucionar el 70 % de problema de salud detectados[141].

Por tanto el farmacéutico a través de la educación sanitaria, y en mayor proporción del SFT, disminuye el número de PS de los pacientes.

7.3.4.2. NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS POR EL MÉDICO

El número de problemas de salud diagnosticados por el médico aumentó a lo largo del estudio tanto en el GES como en el GSFT de forma estadísticamente significativa (p<0,001). El número medio de problemas de salud diagnosticados por el médico aumentó en el total de pacientes de 2,99 (DE 2,20) a 3,27 (DE 2,34) [9,4%]. En el GES este aumento fue de 2,85 (DE 2,12) a 3,07 (DE 2,23) [7,7%] y en el GSFT de 3,12 (DE

2,29) a 3,45 (DE 2,43) [10,6%]. Tanto el servicio de educación sanitaria como de SFT son eficaces para detectar nuevos PS sin diagnóstico médico hasta el momento y al establecimiento de un tratamiento adecuado.

En un estudio realizado por Luque Otero, M.[142] se muestra como la oficina de farmacia es un lugar idóneo para la detección de nuevos casos de hipertensos.

En un estudio realizado por Arias, JL.et.al.[143] cuyo objetivo fue la detección de posibles diabéticos no diagnosticados en una farmacia comunitaria, se detectó un 36,4% de pacientes con valores de GB >110mg/dl que fueron remitidos al médico para su valoración.

En un estudio realizado por Bueno, I.[144] en boticas de Zaragoza y Valencia cuyo objetivo fue medir la prevalencia de colesterol no controlado en mujeres menopáusicas, participaron 87 mujeres menopáusias con edades comprendidas entre los 45 y los 65 años, el 62% de ellas presentaba unos niveles de colesterol total por encima del objetivo terapéutico establecido según su situación clínica. En la entrevista con la paciente se vio que la gran mayoría de las pacientes desconocía que tuviera los niveles de colesterol alto.

Estos estudios muestran la importancia del papel del farmacéutico en la detección de PS no diagnosticados y para los que no se tomaban medidas de prevención o tratamiento hasta ese momento.

7.3.4.3. NÚMERO DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS PARA EL RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

El número de medicamentos para en RCV prescritos por el médico aumentó de forma estadísticamente significativa en el tiempo (p<0,001), tanto en el GES como en el GSFT, independientemente del grupo al que pertenecía el paciente. En el total de pacientes el número de medicamentos para el RCV aumentó de 1,71 (DE 1,53) a 1,93 (DE 1,63) [12,9%], en el GES este aumento fue de 1,72 (DE 1,46) a 1,88 (DE 1,56) [9,3%] y en el GSFT de 1,70 (DE 1,60) a 1,98 (DE 1,70) [16,5%]. Por tanto la implantación de un servicio de control de FRCV en la farmacia es útil para detectar FRCV con necesidad de instaurar o modificar el tratamiento farmacológico con el fin de mejorar su control.

7.3.4.4. NÚMERO DE MEDICAMENTOS CRÓNICOS PARA OTROS PROBLEMAS DE SALUD

El número medio de medicamentos para otros PS independientes al RCV aumentó a lo largo del estudio de forma estadísticamente significativa, tanto en el GES como en el GSFT (p<0,001).

En el total de pacientes el 50% de los pacientes tomaba un medicamento para otros problemas de salud al inicio del estudio y 2 al final del estudio (rango intercuartílico al inicio del estudio [0,00-3,00] y al final del estudio [0,00-3,50]). En el GES el 50% de pacientes tomaba 1 medicamento para otros PS tanto al inicio como al final del estudio, siendo el rango intercuartílico en ambos momentos de [0,00-3,00]. En el GSFT el 50% de pacientes tomaba 2 medicamentos para otros problemas de salud independientes al RCV, tanto al inicio como al final del estudio, siendo el rango intercuartílico de [0,00-3,50] al inicio del estudio y de [0,00-4,00] al final del estudio.

El número de medicamentos para RCV aumentó mientras que para otros PS independientes al RCV el valor de la mediana se mantuvo constante en ambos grupos. Este dato respalda muchas publicaciones en las que se muestra que a pesar de que las enfermedades cardiovasculares- vasculares son la principal causa de muerte y hospitalización en España y en los países desarrollados, hay un porcentaje considerablemente elevado de pacientes no diagnosticados y/o con un mal control de los FRCV y cuya detección se puede llevar a cabo a través de los servicios profesionales ofertados en la farmacia con tal de instaurar el tratamiento o las medidas de prevención adecuadas.

A continuación se muestran los datos de algunas de estas publicaciones:

Según la Sociedad Española de hipertensión arterial[145], la tasa de hipertensos en España alcanza los 10 millones de personas con la presión arterial igual o por encima de 140-90 y más de 3 millones de hipertensos lo son y no lo saben. Además la cifra de pacientes hipertensos no diagnosticados asciende cada año en nuestra sociedad de forma alarmante. La falta de diagnóstico y síntomas convierte a esta enfermedad, en un "asesino silencioso", para los cerca de 3 millones de españoles que desconocen su condición de hipertenso.

Según datos publicados en el año 2011 en el estudio DARIOS[146], el 43% de los varones y el 40% de las mujeres presentan cifras de colesterol total mayores o iguales a 250 mg/dl. Además este estudio destaca que la mitad de la población con hipercolesterolemia no está diagnosticada, o lo que es lo mismo: sólo la mitad de los

pacientes con hipercolesterolemia saben que tienen esta enfermedad. El grado de control en los tratados es del 33%, estando peor controlados aquellos pacientes con mayor riesgo cardiovascular- vascular. Este estudio considera la hipercolesterolemia una enfermedad infradiagnosticada, infratratada e infracontrolada.

Según datos avalados por la Sociedad Española de diabetes, un millón y medio de españoles no saben que tienen diabetes[147]. En una encuesta[147] entre doctores y pacientes sobre esta enfermedad, los primeros aseguran que ocho de cada diez casos de la diabetes tipo 2 (la más común) se podían haber evitado de haber tomado medidas preventivas como una dieta saludable o ejercicio diario.

En nuestro estudio, tal y como se muestra en la tabla 17, se detectaron un 3,9% de pacientes hipertensos, un 2,2% de diabéticos y un 6,1% de pacientes con dislipemia no diagnosticados hasta el momento y a los que se derivó al médico para que valorara el tratamiento más adecuado.

Por tanto a través de los servicios ofrecidos en la farmacia comunitaria (servicio de analíticas, educación sanitaria, SFT) se pueden detectar FRCV no diagnosticados hasta el momento y que precisan tratamiento farmacológico o medidas preventivas para su control.

7.3.4.5. NÚMERO DE MEDICAMENTOS TOTALES

El número medio de medicamentos crónicos usados por los pacientes aumentó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio ($p<0,001$), tanto en el GES como en el GSFT, independientemente del grupo al que pertenecía el paciente. En el total de pacientes el número medio de medicamentos usados por el paciente aumentó de 3,81(DE 3,20) a 4,29(DE 3,50) [12,6%], en el GES este aumento fue de 3,90(DE 3,47) a 4,23(DE 3,76) [8,5%] y en el GSFT de 3,73(DE 2,94) a 4,35(DE 3,26) [16,6%]. Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos y ambos servicios son por tanto igualmente eficaces para detectar deficiencias en el tratamiento del paciente y conseguir así una mejor optimización de la farmacoterapia, cabe destacar que en el GSFT, gracias al servicio de SFT se prescribieron prácticamente el doble de medicamentos nuevos que en el GES.

7.3.5. EDUCACIÓN SANITARIA. PROMOCIÓN DE HÁBITOS CARDIOSALUDABLES

7.3.5.1. ALIMENTACIÓN

Unos hábitos alimentarios saludables pueden retrasar y ayudar a controlar los principales factores de riesgo cardiovascular- vascular: obesidad, hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia.

Se aconsejaron modificaciones dietéticas en el 95% de los pacientes al inicio del estudio (95,5% en GES y 94,6 en GSFT). Al final del estudio el 89% de los pacientes continuaron necesitando orientación y consejos dietéticos con tal de ir introduciendo en su vida diaria unos hábitos dietéticos saludables (90,9% en GES y 87,1% en el GSFT). La inculcación de unos hábitos dietéticos saludables debe ser un proceso de educación continuado que el paciente debe ir asimilando e incorporando a su vida diaria de forma que se convierta en un hábito y para conseguir este fin desde la farmacia podemos ir orientando al paciente en su alimentación de forma paulatina para que el paciente vaya incorporando a su vida dichos cambios de forma natural y no caer en modificaciones excesivas en poco tiempo que hagan abandonar al paciente en nuestro fin.

Tan solo un 8,7% de los pacientes no cumplió con las modificaciones dietéticas aconsejadas al inicio del estudio (10,7% en GES y 6,8% en GSFT) y un 5,6% al final del estudio (6,3% en GES y 4,9% en GSFT). En cuanto al resto de pacientes a los que se les aconsejaron modificaciones dietéticas, al inicio del estudio el 40,7% de los pacientes cumplieron con todas las recomendaciones dietéticas aconsejadas (34,5% en GES y 46,6% en GSFT) y el 50,6% cumplieron algunas de las recomendaciones aconsejadas (54,8% en GES y 46,6% en GSFT). Al final del estudio el 42% de pacientes cumplía con todas las recomendaciones aconsejadas (31,3% GES y 52,4% GSFT) y el 52,5% cumplía algunas de las recomendaciones aconsejadas (62,5% GES y 42,7% GSFT). Al inicio del estudio no habían diferencias estadísticamente significativas entre el número de pacientes que cumplían todas las recomendaciones dietéticas entre GES y GSFT (p= 0,240) pero al final del estudio esta diferencia sí fue estadísticamente significativa (p=0,024), siendo los pacientes del GSFT los que mejor cumplieron con las modificaciones dietéticas hasta el final del estudio.

Estos datos muestran que las recomendaciones dietéticas ofrecidas a los pacientes fueron en general bien aceptadas tanto en el GES como en el GSFT, aunque en el GSFT hubo más pacientes que cumplieron todas las recomendaciones aconsejadas.

Tal y como se muestra en el apartado 7.3.2., se produjo una disminución de peso, IMC, PAS, GB, CT y perímetro de la cintura estadísticamente significativa superior en pacientes del GSFT, lo cual puede deberse a este mayor cumplimiento de las recomendaciones dietéticas aconsejadas en pacientes en SFT. Por tanto podríamos decir que el SFT además de aumentar la adherencia farmacológica consigue un mejor cumplimiento de las medidas higiénico- dietéticas que la educación sanitaria.

Las recomendaciones dietéticas ofrecidas a los pacientes fueron puestas en práctica y seguidas por el farmacéutico en el 90,1% de pacientes al inicio del estudio (87,5% GES y 92,5% GSFT) y en el 95% de los pacientes al final del estudio (94,3% en GES y 95,7% en GSFT). Un 2,8% de pacientes estaban en manos del endocrino ya al inicio del estudio y continuaron estándolo al final del estudio.

A los pacientes con sobrepeso y obesidad se les ofreció la posibilidad de seguir una dieta personalizada en la farmacia con revisiones semanales bajo la supervisión de una dietista. Un 7,2% de los pacientes aceptaron dicho servicio (9,1% en GES y 5,4% en GSFT). Al final del estudio un 2,2% de pacientes incluidos en el estudio seguía bajo la supervisión de la dietista (2,3% GES y 2,2% GSFT).

El 69,3% de pacientes que recibieron consejo y seguimiento dietético para disminuir de peso por parte del farmacéutico consiguieron este fin (55,8% en GES y 81,4% en GSFT). Este porcentaje fue mayor en los pacientes que aceptaron el servicio de dietista. El 92,3% de pacientes bajo supervisión de la dietista consiguieron disminuir de peso (85,7% en GES y 100% en GSFT).

El 80% de pacientes en manos de endocrino disminuyó de peso (66,7% GES y 100% en GSFT).

Cabe destacar que el porcentaje de pacientes que disminuyó de peso fue mayor en pacientes en SFT, tanto en pacientes en seguimiento dietético con endocrino, como en dietista como por parte del farmacéutico.

7.3.5.2. EJERCICIO

Al inicio del estudio el 51,4% de pacientes realizaban ejercicio físico de forma habitual (56,8% en GES y 46,2% en GSFT) aumentando esta proporción al final del estudio en un 80% de pacientes que realizaban ejercicio (77,3% en GES y 82,6% en GSFT). Ni al inicio (p=0,202) ni al final del estudio (p=0,479) hubieron diferencias estadísticamente significativas entre el número de pacientes que realizaban ejercicio físico de forma habitual entre grupos.

Las diferencias sí fueron estadísticamente significativas en el aumento de pacientes que no realizaban ejercicio de forma regular al inicio del estudio pero sí en la visita final (p=0,013).

La farmacia donde se llevó a cabo el estudio está ubicada en una playa donde hay bastantes zonas donde poder andar o ir en bici de forma tranquila. Aprovechando estas ventajas que ofrece la zona, en general se recomendó a los pacientes andar al menos 40-60 minutos mínimo 5 días a la semana. También se animó a algunos pacientes a apuntarse a gimnasia de mantenimiento para jubilados que se practica 2 días a la semana, natación, paseos con bici,… En general se intentó que el ejercicio se incorporara a la vida cotidiana de forma cómoda adecuando las recomendaciones a las posibilidades físicas de cada paciente de forma individual para asegurar lo más posible su cumplimiento y no marcar metas que el paciente por su estilo de vida de años no iba a cumplir.

Numerosas publicaciones[148,149] avalan los beneficios de la práctica del ejercicio físico en la salud cardiovascular- vascular. Tal es el caso de un estudio realizado por Agramontes Pereira, S. et.al[150] en el que se estudiaron 300 pacientes con cardiopatía isquémica, 150 realizaron ejercicios aeróbicos sistemáticos (Grupo I) y 150 pacientes controles que no realizaron ejercicios aeróbicos (Grupo II). En todos se evaluaron las variables: edad, sexo, diagnóstico de cardiopatía isquémica, peso, hipertensión arterial, tabaquismo, glucemia, colesterol, el índice de eficiencia miocárdica, pulso de entrenamiento y el consumo máximo de oxígeno. La práctica sistemática de ejercicios aeróbicos como parte del tratamiento en el grupo I logró ejercer una influencia positiva sobre los valores promedios del peso corporal, glucemia, colesterol, cifras de presión arterial sistólica y diastólica y número de cigarrillos fumados por días. Se mostraron cifras significativas en comparación con los promedios alcanzados en el grupo II.

En un estudio realizado por García Delgado, J.A. et.al.[151], se empleó el Programa General de Acondicionamiento Físico CIMEQ cuyo plan de ejercicios está basado en actividades aeróbicas, realizadas como mínimo 3 veces por semana de acuerdo con la capacidad funcional demostrada en cada caso, para evaluar el impacto de la aplicación de este sistema de entrenamiento físico en el control de la presión arterial. Se seleccionaron 112 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión establecidos (presión arterial > 140/90 y < 180/110 mmHg sin daño en órgano diana), 47 hombres y 65 mujeres, la edad promedio fue de 49 ± 8,4 años. Tras 6 meses de aplicación del programa de ejercicios, se halló cambio significativo en los parámetros siguientes: el nivel promedio de la tensión sanguínea disminuyó de 145/95 a 133/88 en reposo, la

frecuencia cardíaca de 78,4 a 73,9 lat/min (basal); el peso corporal de 78,9 a 76,0; el porcentaje de grasa corporal de 33,5 a 31,2%, el IMC de 27,2 a 25,9 kg/m^2 de superficie corporal. También se observaron mejorías en: glucemia 5,63 a 5,35 mmol/L; colesterol total 5,85 a 5,40 mmol/L y triglicéridos 2,13 a 1,79.

7.3.5.3. OTC COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR- VASCULAR

A los pacientes que se consideró adecuado se les aconsejaron productos OTC, generalmente de fitoterapia, como coadyuvantes a sus tratamientos farmacológicos.

Al inicio del estudio un 5,5% de pacientes empezaron a tomar productos naturales orientados a mejorar el perfil lipídico de los pacientes como coadyuvantes (4,5% en GES y 6,5% en GSFT) manteniéndose este porcentaje del 5,5% al final del estudio (3,4% en GES y 7,5% en GSFT).

El 1,1% de pacientes tomaba ya al inicio del estudio tratamiento coadyuvante para la hipertensión (0% GES y 2,2% GSFT). Al final del estudio estos pacientes seguían con el mismo tratamiento coadyuvante.

Al inicio del estudio el 10,5% de pacientes tomaron algún producto natural como coadyuvante para la pérdida de peso (13,6% en GES y 7,5% en GSFT) y al final del estudio un 6,6% de pacientes tomaba alguno de estos productos (9,1% GES y 4,3% GSFT).

Los productos coadyuvantes que se recomendaron para el tratamiento del RCV fueron:

- Dislipemia-hipertensión: productos naturales a base de omega 3, 6, 9 y/o productos con fitoesteroles naturales.
- Control de peso: Productos naturales absorbe-grasa (Chitosan), saciantes (Glucomanano), diuréticos (Ej: Alcachofa, cola de caballo,…) y/o quema-grasa (Té verde, mate,…).

7.3.5.4. UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE)

Un 3,9% de pacientes tomaban al día una cantidad de bebidas con alcohol equivalente a 4 UBE (2,3% en GES y 5,4% en GSFT) consiguiendo al final del estudio eliminar por completo la ingesta de bebidas alcohólicas equivalente a 4UBE.

Un 1,7% de pacientes tomaban al día una cantidad de bebidas alcohólicas equivalentes a 3 UBE (2,3% en GES y 1,1% en GSFT). Al final del estudio un 0,6% de pacientes continuaba consumiendo de forma habitual esta cantidad (1,1% en GES y 0% en GSFT).

Al inicio del estudio un 3,3% de pacientes tenían la costumbre de tomar al día una cantidad de alcohol equivalente a 2 UBE (4,5% en GES y 2,2% en GSFT) y al final del estudio un 3,9% de pacientes tomaba esta cantidad de alcohol diaria de forma habitual (3,4% en GES y 4,3% en GSFT).

El 13,8% de pacientes solía tomar al día la cantidad de bebida con alcohol equivalente a 1 UBE (12,5% en GES y 15,1% en GSFT) al inicio del estudio. Al final del estudio el 13,3% de pacientes tomaba esta cantidad diaria (15,9% en GES y 10,8% en GSFT).

Según la Asociación Americana del Corazón[152] un consumo moderado de alcohol puede ser favorable desde el punto de vista cardiovascular- vascular, pero no más de una bebida diaria en mujeres o dos en hombres, cantidades mayores son indudablemente perjudiciales. Este beneficio del alcohol se explica por los efectos del etanol sobre el sistema cardiovascular- vascular en las cantidades recomendadas: eleva el colesterol HDL y en menor medida disminuye el colesterol LDL, disminuye la agregabilidad plaquetaria y produce cambios en la coagulación y la fibrinólisis[153.]

Cantidades superiores de alcohol aumenta las posibilidades de alcoholismo, presión arterial elevada, triglicéridos, obesidad, ataque al cerebro, cáncer de mama, suicidio y accidentes[154].

En un estudio realizado por Estruch, R. et. al[155], se concluyó que beber vino tinto sin alcohol reduce la tensión arterial en hombres con problemas cardiovasculares-vasculares (más adelante se estudiará si se obtiene el mismo efecto para las mujeres). La muestra constó de 67 hombres que tenían diabetes o más de tres factores de riesgo cardiovascular- vascular. A todos se les administró la misma dieta durante cuatro semanas. Lo único que cambió fue la ingesta de bebida: vino tinto sin alcohol para unos, con alcohol para otros y ginebra para el resto.

Los resultados mostraron que los participantes que bebieron vino tinto sin alcohol fueron los que más redujeron la presión arterial. Exactamente, 6 mmHg la presión sistólica y 2 mmHg en la tensión diastólica.

En el grupo de vino tinto con alcohol, redujeron muy poco su presión arterial, y el grupo que tomó ginebra no experimentó ningún cambio. El estudio atribuye estas diferencias a los polifenoles: El vino se compone, de alcohol y polifenoles, y tanto el

vino tinto con alcohol como el 'sin' tienen la misma cantidad de polifenoles, pero el alcohol contrarresta el efecto para que éstos disminuyan la presión arterial.

El vino tinto con alcohol tomado de forma moderada produce efectos positivos en el colesterol y en la aterosclerosis, y el sin alcohol en la reducción de presión arterial, en la aterosclerosis**,** mejora el perfil de lípidos, el metabolismo del azúcar y tiene efecto antioxidante.

Por tanto si los beneficios de beber al día 1 vaso de vino en mujeres y máximo 2 en hombres se reduce a los beneficios de los polifenoles (antioxidantes) que contiene, sobre todo en lo que se refiere a beneficios sobre la presión arterial, estos mismos beneficios podríamos obtenerlos introduciendo en nuestra dieta alimentos ricos en polifenoles (legumbres como las lentejas, judías, guisantes y soja, frutas y verduras de color rojizo y morada como la remolacha y berenjena, uvas, fresas, frambuesas, granada y arándanos, verduras como el tomate, cebolla, ajos y pimientos, cereales integrales, así como los frutos secos, semillas , chocolate, cacao, cerveza sin alcohol y aceite de oliva[156]) o tomando complementos alimenticios de venta en farmacias ricos el polifenoles.

7.3.5.5. CAMPAÑA ANTITABACO

Se consiguió reducir en número de fumadores un 1,6% pasando de un 9,9% a un 8,3% de fumadores al final del estudio. En el GES el número de fumadores se redujo de un 10,2% a un 9,1% y en el GSFT de 9,7% a 7,5%. Aunque la reducción del número de fumadores fue superior en el GSFT (-2,2%) que en el GES (-1,1%), no hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de fumadores ni al inicio (p=1,00) ni al final del estudio (p=0,911).

Aunque la reducción del número de fumadores que consiguieron dejar de fumar no fue estadísticamente significativa, la reducción del número medio de cigarrillos/ día sí lo fue, tanto en el GES como en el GSFT (p=0,006). La media de cigarrillos utilizados por los pacientes disminuyó en el total de pacientes de 13,72 (DE 7,12) a 9,61 (DE 7,25) [-29,95%]. En el GES esta disminución fue de 14,67 (DE 7,31) a 11,33 (DE 7,76) [-22,76%] y en el GSFT de 12,78 (DE 7,22) a 7,89 (DE 6,69) [-38,26%]. Aunque la reducción del valor medio de cigarrillos fue mayor en el GSFT, en ambos grupos se consiguió disminuir el número de cigarrillos de forma estadísticamente significativa, por lo que tanto el servicio de SFT como educación sanitaria son eficaces como primer paso del proceso de la deshabituación tabáquica.

Esta baja consecución en el número de fumadores que dejaron de fumar puede deberse a la baja motivación que presentaron los pacientes para abandonar el hábito tabáquico, tal y como se muestra en los resultados del Test de Richmond, y al grado de dependencia a la nicotina que presentaron los pacientes (Test Fagerström).

Según el Test de Richmond, al inicio del estudio sólo el 11,1% de pacientes fumadores totales (11,1% en GES y 11,1% en GSFT) presentaron un grado de motivación alto en su intención de dejar de fumar, el 33,3% (22,2% en GES y 44,4% en GSFT) mostraron un grado de motivación moderado y la mayoría de fumadores presentaron un grado de motivación bajo frente a la posibilidad de dejar el tabaco (55,6% en el total de pacientes, 66,7% en GES y 44,4% en el GSFT). Los resultados de los test de Richmond no fueron muy diferentes al final del estudio: Un 60% de pacientes continuaba teniendo un grado de motivación bajo frente a su intención de dejar de fumar (62,3% en GES y 57,1 en GSFT) y un 40% de fumadores presentaron un grado de motivación moderado (37,5% en GES y 42,9% en GSFT). Ningún paciente presentó un grado de motivación alto al final del estudio.

En cuanto a los resultados del test de Fagerström, que mide el grado de dependencia a la nicotina, los pacientes con un grado de dependencia alto o muy alto aumentaron de un 27,8% a un 33,3%. En el GES este aumento fue de un 33,3% a un 37,5% y en el GSFT de un 22,2% a un 28,6%.

Los pacientes con un grado de dependencia moderado disminuyeron de un 27,8% a un 20% en el total de pacientes, de un 33,3% a un 25% en el GES y de un 22,2% a un 14,3% en el GSFT.

Los pacientes con grado de dependencia bajo disminuyeron de un 38,9% a un 33,3%. En el GES esta disminución fue de 33,3% a 25% y en el GSFT de 44,4% a 42,9%.

Los pacientes sin dependencia a la nicotina aumentaron de un 5,6% a un 13,3% en el total de pacientes, de un 0% a un 12,5% en el GES y de un 11,1% a un 14,3% en el GSFT.

En el GES un 33,3% de pacientes y en el GSFT un 66,7% de pacientes aceptaron participar en la Campaña antitabaco al inicio del estudio, no consiguiendo incorporar nuevos pacientes a esta Campaña en el resto del estudio. Las diferencias en el porcentaje de pacientes que aceptaron participar en la Campaña antitabaco entre GES y GSFT no fueron estadísticamente significativas (p=0,347).

Aunque la disminución del número de pacientes fumadores no fue estadísticamente significativa, ni en GES ni en GSFT, se consiguió reducir el número de fumadores un 1,6% (1,1 en GES y 2,2 en GSFT) y además se consiguió una reducción estadísticamente significativa en la media de cigarrillos fumados al día por los pacientes, por lo que la actuación del farmacéutico a través de la educación sanitaria y/o SFT, es eficaz en la orientación y apoyo al paciente en el proceso de deshabituación tabáquica.

En un estudio realizado por Barbero González, J.A. et. al.[157] con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención del farmacéutico comunitario en la deshabituación tabáquica en dos oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid, participaron un total de 77 pacientes que voluntariamente quisieron participar en el programa. El seguimiento de pacientes se realizó durante un año. El seguimiento originó la deshabituación en el primer mes del 80,5%, tercer mes del 54,5%, sexto mes del 45,5% y al año del 42,8% de los fumadores que participaron. En este estudio también se muestra como la farmacia comunitaria es un centro eficaz para llevar a cabo programas de deshabituación tabáquica, pudiéndose incorporar a la actividad diaria del farmacéutico.

Un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios realizado en Noviembre del 2011 en 20 farmacias de Madrid y Barcelona, puso de manifiesto que, salvo contadas excepciones, las oficinas de farmacia atienden de manera correcta a los fumadores que quieren dejar el tabaco[63].

En la oficina de farmacia de Juan Alonso nº 6 (Madrid)[158] el éxito en la deshabituación tabáquica se multiplicó por ocho al implantar un programa de apoyo personalizado para fumadores.

En un estudio realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100], en 11 farmacias comunitarias, el número de fumadores se redujo de un 8,3% a un 2,9% al final del estudio. Al igual que en nuestro estudio, no hubo prácticamente diferencias entre GES y GSFT (5,6% en GES y 5,4% en GSFT). Por lo que la implantación de una Campaña de deshabituación tabáquica en la farmacia con apoyo y seguimiento personalizado de los pacientes, es eficaz para disminuir el número de fumadores, independientemente de que la Campaña se acompañe de SFT o educación sanitaria.

En los citados estudios el número de fumadores que consiguieron dejar de fumar fue mayor que en nuestro estudio, esto se debió seguramente a la baja motivación para

dejar de fumar y al grado de dependencia que presentaron nuestros pacientes. A pesar de ello cabe destacar la importancia de la figura del farmacéutico en la deshabituación tabáquica, cuyo éxito puede aumentar si la atención habitual en la farmacia ante consultas relacionadas con el hábito del tabaco se acompaña de otras actuaciones como apoyo personalizado, información y seguimiento desde la farmacia.

7.3.6. PRM Y RNM DETECTADOS EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

El número de PRM detectados en el GSFT disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio de 2,47 (DE 1,19) a 0,86 (DE 0,80) [-65,2%] ($p<0,001$).

El número de pacientes en los que no se detectó ningún PRM aumentó de un 1% a un 30%.

Los PRM detectados de más a menos frecuentes fueron en la visita inicial: Problema de salud insuficientemente tratado (62%), otros PS que afectan al tratamiento (13%), incumplimiento (10%), dosis, pauta y/o administración no adecuada (5%), probabilidad de efectos adversos y otros, ambos en una proporción del 4%, y características personales (1%).

Al final del estudio los PRM detectados de más a menos frecuentes fueron: Problema de salud insuficientemente tratado (43%), otros problemas de salud que afectan al tratamiento (16%), dosis, pauta y/o administración no adecuada (3%), probabilidad de efectos adversos (3%), características personales (3%), incumplimiento (1%), otros (1%).

El valor medio del número de RNM detectados en el GSFT disminuyó de forma estadísticamente significativa de 2,47 (DE 1,19) a 0,88 (DE 0,80) [-64,4%] ($p<0,001$).

El número de pacientes en los que no se detectó ningún RNM aumentó de un 1% a un 28%.

Los RNM detectados de más a menos frecuencia en la visita inicial fueron: Problema de salud no tratado (50%), inefectividad cuantitativa (29%), inefectividad no cuantitativa (15%), inseguridad no cuantitativa (4%), efecto del medicamento indeseado (1%), inseguridad cuantitativa (0,4%).

Los RNM detectados en la visita final de más a menos frecuentes fueron: Problema de salud no tratado (27%), inefectividad cuantitativa e inefectividad no cuantitativa (ambas 21%), inseguridad no cuantitativa (3%).

Numerosos estudios realizados en farmacia muestran como el servicio de SFT disminuye el número de PRM y RNM[42,112,159,160,161,162,163].

Datos similares se mostraron en las III Jornadas Farmacéuticas Sevillanas, donde se concluyó que el seguimiento farmacoterapéutico es capaz de resolver el 70% de los casos de PRM[164].

En un estudio realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[42], en el que se evaluó el efecto del servicio de SFT en pacientes hipotiroideos, se consiguió pasar de un 25% a un 60% de pacientes sin ningún PRM ni RNM.

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100], el valor medio del número de PRM detectados disminuyó a lo largo de los 6 meses de estudio de 1,40 (DE 1,35) al inicio del estudio a 1,10 (DE 1,39) [-21,4%] en la visita final, esta disminución no fue estadísticamente significativa. Al igual que en nuestro estudio el PRM más frecuente fue problema de salud insuficientemente tratado, tanto al inicio como al final del estudio, y el RNM detectado con mayor frecuencia fue en primer lugar inefectividad cuantitativa y en segundo lugar problema de salud no tratado. En nuestro estudio el RNM más frecuente fue en primer lugar problema de salud no tratado seguido de inefectividad cuantitativa.

7.3.7. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS

El número de IF realizadas fue estadísticamente superior en la visita inicial que en la visita final debido al GSFT ($p<0,001$). En la visita inicial se realizaron una media de 2,03 (DE 1,00) IF/paciente (1,83 (DE 0,69) en GES y 2,22 (DE 1,19) en el GSFT) y en la visita final se realizaron 1,18 (DE 0,58) IF/paciente (1,30 (DE 0,60) en el GES y 1,06 (DE 0,54) en el GSFT).

En la visita inicial el número de IF fue superior en el GSFT que en el GES, esto puede ser debido a la sistemática del método Dáder de SFT para detectar problemas de necesidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, que no se detectan con el proceso de dispensación habitual y educación sanitaria.

Tras la visita inicial se resolvieron un 57,20% (DE 42,34) de las IF planteadas en el GES y un 68,82% (DE 34,72) en el GSFT. Aunque el número de IF resueltas fue superior en el GSFT que en el GES, esta diferencia no fue estadísticamente

significativa entre grupos (p=0,09), por lo que ambos servicios son eficaces en la resolución de las IF planteadas.

En la visita final el número de IF fue mayor en GES que en GSFT, debido a que en el GSFT se habían resuelto más IF ya tras la primera visita (57,20% (DE 42,34) de IF resueltas tras la primera visita en GES y 68,82% (DE 34,72) en GSFT). El número de IF que se consiguió resolver volvió a ser más alto en el GSFT que en el GES (62,74% (DE 45,83) de IF resueltas en el GES en la visita final y 71,68% (DE 43,61) en el GSFT), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre grupos.

Por tanto, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos, desde el punto de vista clínico, el servicio de SFT consiguió resolver un mayor número de IF.

En un estudio realizado por De Miguel, E.[165] en el que se evaluaron los resultados clínicos del seguimiento farmacoterapéutico según el método Dáder en pacientes hipertensos, el 87,7% de las IF propuestas fueron aceptadas resolviendo el problema de salud el 78,4% de las veces. En este estudio también se observa que el método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico, permite la identificación y resolución de otros resultados clínicos negativos de la farmacoterapia y no sólo los relacionados con la hipertensión.

En un estudio realizado por Armando, P. et.al.[166]. en el que participaron 31 farmacéuticos que aplicaron el Método Dáder a un total de 129 pacientes, el 58% de los farmacéuticos registraron intervenciones farmacéuticas (IF). La cantidad total de IF ascendió a 81, y correspondieron a 44 pacientes. Se identificaron 1,8 PRM/paciente, de los cuales se resolvieron el 80%.

Al igual que en el presente estudio, en el estudio realizado por Bofí Martínez, P, et.al.[42], al inicio del estudio el número de intervenciones fue mayor que en la visita final: Al inicio el número de intervenciones fue del 35%, y a los 6 meses del 5%.

En el estudio realizado por Flores, L. et.al.[167] donde se evaluó el servicio de SFT con el método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial en el que se incluyeron 60 pacientes, se realizaron un total de 135 intervenciones por parte del farmacéutico, 77,03% fueron aceptadas y el 80,74% resolvió el problema de salud.

En estos estudios se puede observar la eficacia de las intervenciones farmacéuticas realizadas en la resolución de PS de los pacientes.

7.3.7.1. TIPOS DE COMUNICACIÓN

En la visita inicial la mayoría de intervenciones fueron verbal farmacéutico– paciente + verbal farmacéutico- paciente- médico (55% en el total de pacientes, 54% en GES y 55,9% en GSFT), seguida de la comunicación verbal farmacéutico- paciente (38,9% en el total de pacientes, 41,4% en GES y 36,6% en GSFT) y verbal farmacéutico-paciente-médico (5,6% en el total de pacientes, 4,6% en GES y 6,5% en GSFT). El tipo de comunicación escrita farmacéutico-paciente fue minoritaria (0,6% en el total de pacientes, 0% en GES y 1,1% en GSFT).

En la visita final los tipos de comunicación utilizados para la resolución de las IF planteadas fueron, en primer lugar, verbal farmacéutico-paciente (95,8% en el total de pacientes, 96,5% en GES y 95,1% en GSFT) seguida de la comunicación verbal-farmacéutico-paciente- médico (4,2% en el total de pacientes, 3,5% en GES y 4,9% en GSFT). En la visita final no se realizó ninguna intervención verbal combinada farmacéutico- paciente + farmacéutico- paciente- médico ni escrita farmacéutico-paciente.

El número de intervenciones con participación del médico fue menor en la visita final que en la inicial, debido a que las intervenciones en las que se detectó la necesidad de intervención del médico se marcaron como prioritarias al inicio del estudio y se resolvieron durante los primeros meses.

En un estudio realizado por Ayala, LL. K. et.al.[168] en el que se evaluó el impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial, la comunicación de las intervenciones se hicieron en mayor porcentaje entre farmacéutico-paciente (87,5%), tanto verbal como escrita, y farmacéutico-paciente-médico (12,5%) en forma escrita. Al igual que en el presente estudio, la mayoría de intervenciones fueron farmacéutico-paciente.

En un estudio realizado por Rodríguez Chamorro, M.A. et.al.[169] en el que se evaluó el incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales, la comunicación más utilizada fue la Verbal-Farmacéutico -Paciente (81,40%).

En otros estudios como el de Molina Moya, ML. et. al.[101], el tipo de comunicación más utilizada fue la verbal paciente- médico seguida de la verbal con el paciente y escrita paciente- médico en la misma proporción.

7.3.8. TIEMPO EMPLEADO POR EL FARMACÉUTICO/AUXILIAR

Si comparamos el tiempo empleado por el farmacéutico en la visita inicial y en la visita final, éste disminuyó de forma estadísticamente significativa, tanto en el GES como en el GSFT (p<0,001). Esto se debe a que en la primera visita se necesitó recopilar toda la información posible del paciente (historia clínica, tratamiento farmacológico utilizado, estilo de vida, hábitos higiénico- dietéticos,…) lo cual explica que en la visita inicial el tiempo empleado por el farmacéutico fue estadísticamente superior que en la visita final.

En la visita inicial el tiempo medio empleado por el farmacéutico fue de 33,24 (DE 8,90) minutos en el GES y 48,12 (DE 10,85) minutos en el GSFT. En la visita final el tiempo empleado fue de 32,50 (DE 10,72) minutos en el GES y de 46,40 (DE 11,43) minutos en el GSFT.

En el caso del auxiliar de farmacia, el tiempo empleado también disminuyó a lo largo del estudio de forma estadísticamente significativa, tanto en GES como en GSFT (p<0,001). El auxiliar de farmacia se encargó de registrar la edad, género, dirección del paciente, medio de transporte a la farmacia, si era fumador (SÍ/NO), peso, estatura y de la medición de la presión arterial y frecuencia cardiaca en el tensiómetro de la farmacia (según las recomendaciones de las guías internacionales[91] : tras 5 minutos en reposo, se calculaba el promedio de dos medidas en posición sentado, con un espacio de unos 3-5 minutos), además antes de proceder a la toma de tensión nos cercioramos de que el paciente no hubiera tomado café, té o fumado al menos en los 15 minutos previos a la toma.

El tiempo medio empleado por el auxiliar en la visita inicial fue de 12,56 (DE 5,95) minutos en el GES y de 13,47 (DE 4,86) minutos en el GSFT. En la visita final el tiempo empleado por el auxiliar fue de 10,31 (DE 6,76) minutos en el GES y 11,68 (DE 6,18) minutos en el GSFT.

7.4. PARTE 2: PARTE DE GESTIÓN

7.4.1. GRADO DE FIDELIZACIÓN

Existen muchas publicaciones[170-173] donde se defiende la fidelización de los pacientes como herramienta para garantizar la sostenibilidad de las farmacias comunitarias, pero pocos estudios donde se demuestre su eficacia y sobre todo qué servicios o estrategias son las más eficaces para aumentar el grado de fidelización de los

pacientes a una farmacia comunitaria y cómo llevarlas a cabo. Ante los resultados del presente estudio se evidencia como la implantación de un servicio de control de FRCV, en el que se incluyeron servicios como el SFT, educación sanitaria, campañas antitabaco, servicios de analíticas, servicio de dietista,… son eficaces en la mejora de la salud de los pacientes y en el aumento del grado de fidelización hacia la farmacia.

El porcentaje de pacientes con grado de fidelización malo (adquisición de su medicación habitual en la farmacia <40%) se redujo en el total de pacientes de un 17,7% a un 11,3% [-6,4%], en el GES de 24,7% a 16,3% [-8,4%] y en el GSFT de 11,1% a 6,6% [-4,5%].

El porcentaje de pacientes con grado de fidelización medio (40-70%) se redujo en el total de pacientes de un 6,9% a un 1,1% [-5,8%], en el GES de 8,2% a 2,3% [-5,9%] y en el GSFT de 5,6% a 0% [-5,6%].

El porcentaje de pacientes con grado de fidelización bueno (>70%) aumentó en el total de pacientes de un 75,4% a un 87,6% [12,2%], en el GES aumentó de un 67,1% a un 81,4% [14,3%] y en el GSFT de un 83,3% a un 93,4% [10,1%]. Tanto al inicio (p=0,038) como al final del estudio (p=0,038) el número de pacientes con grado de fidelización alto fue estadísticamente mayor en el GSFT que en el GES. Esto puede deberse a que el cálculo del grado de fidelización del mes inicial se realizó tras valorar toda la medicación que el paciente adquirió durante el primer mes de estudio, al inicio del cual se había llevado a cabo la primera visita de Control de FRCV acompañado del servicio de SFT (GSFT) o educación sanitaria (GES) y esto puede que influyera ya en un aumento en el grado de fidelización desde el primer día sobre todo en pacientes en SFT.

En un estudio similar realizado por Bofí Martínez, P. et.al.[100], cuyo objetivo fue valorar la influencia del SFT y/o educación sanitaria en la fidelización de pacientes con FRCV, el porcentaje de pacientes con grado de fidelización malo (<40%) se redujo a lo largo del estudio de 7,7% a 3,8%, el número de pacientes con grado de fidelización medio (40%-70%) aumentó en un 3,8% y el número de pacientes con grado de fidelización bueno (>70%) se mantuvo en un 92,3%. Debido al reducido tamaño de la muestra de este estudio piloto, no se pudieron ver diferencias entre pacientes a los que se les realizó SFT y educación sanitaria, por lo que los resultados mostraron que la implantación de servicios profesionales aumenta el grado de fidelización de los pacientes.

Por tanto la implantación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria (SFT, educación sanitaria, campañas antitabaco, servicios de analíticas) tiende a aumentar el grado de fidelización de los pacientes.

Cabe destacar que el grado de fidelización considerado como bueno fue en general elevado ya desde el inicio lo cual puede deberse al ofrecimiento del estudio a pacientes habituales.

7.4.2. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE LOS PACIENTES

Todos los recortes vinculados con la sanidad pública aplicados en los últimos años por los Gobiernos han ido dirigidos a reducir el gasto por consumo de medicamentos en lugar de a optimizar los tratamientos de los pacientes, donde el papel del farmacéutico puede ser primordial. Reales decretos como el polémico RDL 5/2000[174], en el que se aprobó una escala de deducciones aplicables según la facturación mensual de cada farmacia y que se ha ido revisando en decretos posteriores, u otros decretos-ley como el RDL 4/2010[175] y RDL 9/2011[176], afectan también al margen de la farmacia comunitaria de forma directa con la revisión del precio de referencia a la baja de muchos grupos terapéuticos, lo cual no sólo tiene repercusiones en el margen de la farmacia comunitaria, sino también en el margen de los laboratorios farmacéuticos que ingresan menos dinero para poder destinar a investigación. Otros decretos como el RDL 16/2012[177], en el que se aprobó el copago farmacéutico y se planteó un nuevo proceso de desfinanciación de medicamentos, han hecho que en la práctica diaria en la farmacia veamos a pacientes que incumplen el tratamiento, sobre todo de medicamentos desfinanciados al 100%.

Para medir la repercusión económica de las bajadas de precios de los medicamentos en la farmacia comunitaria, el estudio comparó el consumo en la farmacia a lo largo de 6 meses de estudio considerando las bajadas de precios y manteniendo el precio de los medicamentos constante desde la primera visita, es decir sin considerar dichas bajadas.

A continuación se detalla la evolución del consumo en recetas crónicas para el RCV, recetas crónicas para otros problemas de salud, recetas puntuales, parafarmacia/OTC, consumo realizado por el paciente para otras personas y consumo total:

El número de recetas crónicas al mes para el RCV aumentó un 14,4% (GES: 12,2% y GSFT: 16,4%) ($p<0,001$). Paralelamente el consumo (€) en recetas crónicas para el RCV aumentó un 13,1% (GES: 16,7% y GSFT: 10,6%) ($p=0,907$). Si analizamos el

consumo (€) sin considerar las bajadas de precios, el consumo en recetas crónicas para el RCV hubiera aumentado un 20,2% (GES: 22,9% y GSFT: 18,1%) (p=0,012). Por tanto debido a las bajadas de precios, la farmacia ingresó un 7,1% menos procedente de recetas crónicas para el RCV. Cabe destacar que el aumento en el número de recetas crónicas para el RCV dispensadas en la farmacia en la población de estudio aumentó de forma estadísticamente significativa en ambos grupos, sin embargo el aumento en el consumo (€) fue estadísticamente significativo si no consideramos las bajadas de precios (p=0,012), pero si consideramos las bajadas de precios el aumento no fue estadísticamente significativo (p=0,907).

En cuanto al número de recetas crónicas para otros problemas de salud aumentó un 10,5% (GES: 3,1% y GSFT: 17,4%), aunque el aumento en recetas crónicas distintas para el RCV fue superior en el GSFT que en el GES, este aumento no fue estadísticamente significativo ni en el tiempo ni entre grupos (p=0,222). Del mismo modo, el consumo (€) en recetas crónicas para otros problemas de salud aumentó un 20,2% (GES: 8,6% y GSFT: 30,1%), este aumento no fue estadísticamente significativo (p=0,602). Si analizamos el consumo en recetas crónicas para otros problemas de salud sin considerar las bajadas de precios, el consumo hubiera aumentado un 23,8% (GES: 12,6% y GSFT: 33,3%). Por tanto la farmacia perdió un 3,6% en ingresos procedentes de recetas crónicas para patologías distintas al RCV, debido a las bajadas en el precio de los medicamentos.

Cabe destacar que el aumento en recetas crónicas, para el RCV y para otros PS, fue superior en el GSFT que en el GES (4,2% más en el caso de RCRCV y un 14,3% en el caso de RCNRCV), esto fue debido además de a un aumento de fidelización y a la incorporación de pacientes nuevos, a que el principal PRM detectado fue problema de salud insuficientemente tratado y el principal RNM problema de salud no tratado, cuya resolución incluyó la prescripción por parte del médico de nuevos tratamientos.

El número de recetas para problemas de salud puntuales aumentó un 5% (GES: 6,7% y GSFT: 4%). Aunque este aumento no fue estadísticamente significativo ni en el tiempo ni entre grupos (p=0,997), sí refleja el aumento de fidelización de los pacientes que acuden también a nuestra farmacia para recetas puntuales. El consumo en euros en recetas puntuales aumentó un 28,3% (GES: 1,4% y GSFT: 44,1%) (p=0,213).

En cuanto al consumo (€) en productos de parafarmacia y de consejo farmacéutico, se produjo una disminución a lo largo del estudio del 14,5% (GES: -20,9% y GSFT: -

8,7%) estadísticamente mayor en el GES (p=0,04). Sin embargo si analizamos el número de productos de parafarmacia y de consejo farmacéutico adquiridos por el paciente se produjo un aumento del 11,9% (GES: 3,4% y GSFT: 19,8%) (p=0,550). Esto significa que el número de productos adquiridos por el paciente aumentó debido al aumento de fidelización y a un mayor número de nuevos clientes pero estos productos eran de menor valor económico, debido seguramente a la actual situación económica en el que los clientes cada vez cuidan más los gastos y son más exigentes con los precios. Este dato se observa en parte en los test de satisfacción en el que un 5,17% de pacientes en la visita inicial y un 5,4% en la visita final respondieron que uno de los motivos por los que elegían su farmacia era por los precios que ofrecía.

El consumo de medicamentos adquiridos por el paciente para otras personas aumentó de forma estadísticamente significativa en el tiempo (20,8%) y en ambos grupos (GES: 28,2% y GSFT: 16,4%) (p=0,037). Este dato refleja el aumento de fidelización de los pacientes a la farmacia. Si comparamos estos datos con el aumento (€) que se hubiera producido sin aplicar las bajadas de precios, la farmacia hubiera tenido un aumento (€) del 27,4% (GES: 28,2% y GSFT: 26,9%) en medicamentos que adquiría el paciente para otras personas, es decir, la farmacia perdió en este punto un 6,6% en 6 meses.

El consumo total aumentó un 11,7%, (GES: 10,3% y GSFT: 12,8%) (p=0,253). Si consideramos el consumo total a lo largo del estudio sin considerar las bajadas de precios, el consumo total hubiera aumentado un 16,7% (GES: 13,9% y GSFT: 18,8%), este aumento hubiera sido estadísticamente significativo en ambos grupos (p=0,023). Por tanto podemos concluir que las bajadas de precios motivadas por los Reales decretos provocaron una pérdida de beneficio en 6 meses del 5% en el consumo total.

Cabe destacar que, aunque el consumo en la farmacia aumentó en ambos grupos, el consumo total realizado en la farmacia a lo largo de los 6 meses de estudio fue estadísticamente superior en pacientes en SFT que en los pacientes del GES (p=0,005 (SBP) y p=0,004 (BP)).

Por tanto, a pesar de las bajadas en el precio de los medicamentos debido a la aplicación de los reales decretos y a la disminución del consumo en productos de venta libre motivado por la actual situación económica, el consumo final en la farmacia aumentó un 11,7% (GES: 10,3% y GSFT: 12,8%) debido a:

- Un aumento en el grado de fidelización. El número de pacientes que adquieren más del 70% de medicación habitual en la farmacia aumentó un 12,2% (14,3% en el GES y 10,1% en el GSFT) y el porcentaje de pacientes que respondieron en los test de satisfacción que sólo compraban en nuestra farmacia aumentó un 21,6% (26,7% en el GES y 17,5% en el GSFT)

- Un aumento del número de clientes nuevos. El estudio consiguió captar un 23,2% de nuevos clientes.

- Un aumento del 12,9% en el número de medicamentos crónicos para el RCV (GES: 9,3% y GSFT: 16,5%) y del 12,4% de medicamentos para otros problemas de salud (GES: 7,8% y GSFT: 17,2%) tras optimizar la farmacoterapia del paciente (el principal PRM fue problema de salud insuficientemente tratado). Además aumentó un 9,4% (GES: 7,7% y GSFT: 10,6%) el número de problemas de salud diagnosticados por el médico para los que se instauró tratamiento.

Estudios realizados en farmacia comunitaria muestran el impacto del servicio de SFT en el gasto farmacéutico. Tal es el caso del estudio conSIGUE[140] en su primera fase con un estudio piloto en Cádiz, en el que participaron 40 farmacéuticos de 30 farmacias, se demostró que la intervención del farmacéutico en el Seguimiento Farmacoterapéutico, en colaboración con médico y paciente, mejora el control del problema de salud (12%), reduce el número de medicamentos utilizados (-0,39 de media en un mes) y aumenta la calidad de vida mediante la identificación, prevención y resolución de Problemas Relacionados con los Medicamentos (2,0/ paciente) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (1,5/ paciente).

El estudio conSIGUE[140] es coincidente con el presente estudio en que el SFT consiguió reducir los PS de los pacientes (GSFT: reducción del 9,8% de los PS), pero no es coincidente en la disminución del número de medicamentos utilizados. En el estudio conSIGUE el SFT consiguió una reducción de 0,39 medicamento al mes, mientras que en nuestro estudio el GSFT aumentó una media de 0,10 medicamentos al mes. Este aumento se produjo debido a que el principal PRM detectado fue PS insuficientemente tratado y el principal RNM problema de salud no tratado, esto fue debido a que la farmacia en estudio complementó el servicio de SFT con un Servicio de control de FRCV que permitió detectar nuevos casos y casos no controlados de diabetes, dislipemia e hipertensión para los que se derivó al médico para instauración o modificación del tratamiento prescrito, en los casos en los que se valoró que las

modificaciones higiénico- dietéticas o la intervención del farmacéutico no eran suficientes para solucionar el PS.

Según datos del colegio de farmacéuticos de Guipuzcoa[178] la implantación del servicio de SFT en las farmacias en mayores de 65 años polimedicados en la comunidad autónoma vasca (139.025 pacientes) significaría un ahorro de entre 25 y 50 millones de euros al año al sistema sanitario, entre ocho y 16 millones de euros de ahorro en Guipúzcoa. A ello se sumaría la mejora evidente en la salud y en el uso del medicamento por parte de los pacientes.

Desde hace años los Gobiernos han centrado el ahorro del gasto sanitario en el gasto farmacéutico, en lugar de centrarse en la prevención y optimización de tratamientos para evitar complicaciones mayores en la salud del paciente que llevaría a mayores costes sanitarios. Optimizar la farmacoterapia no significa siempre disminuir el número de medicamentos sino tratar todos los problemas de salud de la forma más cómoda y eficaz para el paciente, ya sea con fármacos o medidas no farmacológicas.

Como ejemplo de estas medidas de recorte orientadas a disminuir el consumo de medicamentos en la población cabe citar la circular que remitió la Comisión de Uso Racional de Medicamento y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) a los centros de salud de Atención Primaria en Julio del 2012 donde se establecían nuevos protocolos a la hora de suministrar medicación a los pacientes con colesterol alto, cambiando la cifra a partir de la cual se prescribe tratamiento de 200-250mg/dl a 320 mg/dl, siempre que no exista riesgo cardiovascular[179]. Si ponemos como ejemplo la tabla SCORE, que es la recomendada por la mayoría de sociedades para el cálculo del RCV de los pacientes, un paciente varón no fumador de 60 años con PAS de 13,5 con niveles de CT controlados por debajo de 175 mg/dl tendría una probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular- vascular en los próximos 10 años del 3%, sin embargo este paciente con el mismo valor de PAS y niveles de CT por encima de 300 mg/dl tendría una probabilidad del 4% de sufrir una enfermedad cardiovascular- vascular en los próximos 10 años, con el empeoramiento en su calidad de vida y el mayor gasto sanitario que supondría su ingreso y posterior tratamiento de prevención secundaria.

En el caso de los fármacos hipolipemiantes, múltiples estudios de prevención primaria y secundaria han demostrado, categóricamente, que la terapia hipolipemiante con estatinas en dosis bajas a moderadas disminuye entre 20 y 30% la incidencia de eventos cardiovasculares- vasculares a 5 años de seguimiento[180].

Un hipertenso mal tratado puede aumentar la incidencia de accidentes cardiovasculares- vasculares que conlleva a jubilaciones anticipadas por enfermedad y sus costes asociados, pensiones de viudedad, etc[181].

No prescribir un antiulceroso a una persona mayor de 65 años con prescripción diaria de AAS, podría aumentar la incidencia de ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva o las cirugías de estómago con el consiguiente ingreso hospitalarios[181].

Según un estudio realizado por Lamotte, M. et.al.[182], el tratamiento con AAS a toda la población española con riesgo produciría un ahorro de 26,5 millones de euros en servicios sanitarios desde el primer año.

Según el US Preventive Services Task Force (USPSTF)[183] la terapia con dosis bajas de ácido acetilsalicílico podría reducir el riesgo de padecer enfermedad coronaria en más de un 28% de los individuos que presentan al menos un factor de riesgo, y se debería recomendar a hombres entre 45 y 79 años y mujeres de entre 55 y 79 años para prevenir un primer infarto de miocardio y un primer ictus respectivamente, cuando se determine que su riesgo cardiovascular- vascular individual supera potenciales efectos adversos gastrointestinales.

Estos estudios nos muestran que aunque al añadir algún fármaco a la farmacoterapia del paciente se aumenta el gasto farmacéutico mensual, se consigue a largo plazo un ahorro del gasto sanitario mayor al prevenir accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares- vasculares que supondrían a largo plazo un coste hospitalario y farmacéutico mayor.

No hay nada más económico para el sistema sanitario que la prevención de enfermedades y tal como demuestran los resultados clínicos de este estudio, esta prevención puede hacerse de forma eficaz desde la farmacia comunitaria mediante su contribución a la optimización de la farmacoterapia y su correcto cumplimiento, la detección precoz de posibles PRM y la pronta resolución de RNM, el control periódico de parámetros cardiovasculares- vasculares, acompañado de medidas higiénico-dietéticas adaptadas a cada paciente (educación sanitaria, campañas antitabaco, orientación dietética,...).

Según datos del CSIF, los médicos en las consultas de atención primaria, sólo disponen en la práctica de una media de 2,5 minutos por paciente[184] y en este tiempo el médico no puede detectar incumplimientos, reacciones adversas, pararse a ver qué

puntos falla el paciente en su dieta o las medidas higiénico- dietéticas individualizadas que mejor podría cumplir el paciente.

En este aspecto las funciones del farmacéutico están desaprovechadas en un sistema económico- sanitario que naufraga y que busca soluciones para disminuir el gasto sanitario por un camino que no soluciona el problema.

7.4.3. ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCIÓN

Al final de la primera y la última visita del estudio, se pasó a los pacientes un test con tal de medir el grado de satisfacción de los pacientes por la farmacia (Anexo 7). A los pacientes del GSFT se les pasó además un segundo test con tal de medir su grado de satisfacción por el servicio de SFT (Anexo 8). Estos test fueron anónimos con tal de que los pacientes respondieran con la máxima sinceridad.

Al ser test anónimos, no se pudo relacionar las respuestas que dio cada paciente al inicio y al final del estudio, por lo que se realizó un análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los pacientes, no pudiendo por este motivo calcular diferencias estadísticamente significativas.

A continuación se describen y comentan las respuestas dadas por los pacientes, para las preguntas de los test de satisfacción.

7.4.3.1. TEST SATISFACCIÓN 1

7.4.3.1.1. ¿Cuánto tiempo hace que es paciente de la farmacia?

La mayor parte de los pacientes incluidos en el estudio contestaron que eran clientes de la farmacia en estudio desde hacía años.

7.4.3.1.1.1 Respuestas en la muestra total de pacientes

En el total de pacientes el 63,8% respondieron en la visita inicial que eran clientes de la farmacia desde hacía más de 10 años y en la visita final el 63,9% de pacientes respondieron esta opción.

El 12,6% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía 6-10 años al inicio del estudio y un 14,6% al final del estudio

El 7,5% respondió en la visita inicial que era cliente de la farmacia desde hacía 1-5 años, y un 7,0% respondió esta opción al final del estudio.

El 1,1% respondió que era paciente de la farmacia desde hacía menos de un año en la visita inicial y un 14,6% en la visita final.

En la visita inicial un 7,5% de los pacientes respondió que era cliente de la farmacia desde hacía menos de un mes. En la visita final ningún paciente respondió esta opción.

El 7,5% de pacientes respondió que era la primera vez que acudía a la farmacia. En la visita final ningún paciente respondió esta opción.

7.4.3.1.1.2. Respuestas grupo educación sanitaria

En el caso del GES respondieron que eran clientes desde hacía más de 10 años el 61,3% de pacientes al inicio del estudio y el 60,0% al final del estudio.

El 15% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía 6-10 años al inicio del estudio y el 17,1% al final del estudio.

Un 10% de pacientes al inicio del estudio y un 8,6% al final respondió que era cliente desde hacía 1-5 años.

Ningún paciente respondió que era cliente de la farmacia desde hacía menos de un año en la visita inicial. Un 14,3% respondió esta opción en la visita final.

Un 3,8% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía menos de un mes. Ningún paciente respondió esta opción en la visita final.

El 10% de pacientes respondió que era la primera vez que acudía a la farmacia. En la visita final ningún paciente respondió esta opción.

7.4.3.1.1.3. Respuestas grupo seguimiento farmacoterapéutico

En el grupo SFT respondieron que eran clientes desde hacía más de 10 años el 66,0% de los pacientes al inicio del estudio y 67,0% al final del estudio.

El 10,6% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía 6-10 años al inicio del estudio y un 12,5% al final del estudio.

Un 5,3% respondió en la visita inicial que era cliente desde hacía 1-5 años y un 5,7% en la visita final.

Un 2,1% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía menos de un año en la visita inicial y un 14,8% en la visita final.

Un 10,6% respondió que era cliente de la farmacia desde hacía menos de un mes. Ningún paciente respondió esta opción en la visita final.

El 5,3% de pacientes respondió que era la primera vez que acudía a la farmacia. En la visita final ningún paciente respondió esta opción.

Como podemos observar en ambos grupos, la mayoría de pacientes captados eran clientes de la farmacia desde hacía años. Este hecho podría explicar en parte el alto grado de fidelización de los pacientes que se encontró ya desde la visita inicial, tal y como se describe en el apartado 7.4.1.

7.4.3.1.2. ¿Compra en más de una farmacia?

Aunque el grado de fidelización de los pacientes se estudió analizando el porcentaje de medicación habitual que el paciente adquiría en la farmacia tal y como se muestra en el apartado 7.4.1., a través de esta pregunta podemos ver de forma más subjetiva si los servicios ofrecidos a los pacientes incluidos en el estudio sirvieron para fidelizar a los clientes a nuestra farmacia.

El número de pacientes que respondió que no compraba en más de una farmacia aumentó de un 49,2% a un 70,8% en el total de pacientes. En el grupo educación sanitaria este aumento fue de 43,2% a 69,9%% y en el grupo SFT fue del 54,1% al 71,6%.

Aunque el porcentaje de pacientes que no compraban en más de una farmacia fue mayor al final del estudio en el GSFT que en el GES, se puede observa que el grado de fidelización aumentó considerablemente a lo largo del estudio, tanto en el total de pacientes como en ambos grupos.

7.4.3.1.3. ¿Con qué frecuencia viene a la farmacia?

7.4.3.1.3.1. Pacientes que no acudieron ninguna vez el mes anterior

En el total de pacientes, el número de pacientes que respondieron que no acudieron ninguna vez el mes anterior se redujo de 26,2% a 13,8%. En el grupo educación sanitaria esta reducción fue de un 29,2% a un 18,1% y en el grupo SFT fue de 23,2% a 9,9%.

7.4.3.1.3.2. Pacientes que acudieron al menos una vez al mes

El número de pacientes que acudieron a la farmacia con una frecuencia de al menos una vez al mes aumentó en el total de pacientes de 63,3% a 77,0%; en el grupo educación sanitaria de 60,4% a 71,1% y en el grupo SFT de 66,7% a 82,4%.

7.4.3.1.3.3. Pacientes que acudían más de 2 veces al mes

Los pacientes que respondieron que acudían a la farmacia con una frecuencia mayor a 2 veces al mes aumentó en el total de pacientes y en el GES de 10,3% a 9,2% y de 10,4% a 10,8%. En el GSFT los pacientes que respondieron esta opción disminuyeron de 10,1% a 7,7%.

7.4.3.1.4. ¿Conoce a alguno de nuestros farmacéuticos por el nombre?

El número de pacientes que conocían el nombre de alguno de los farmacéuticos aumentó en el total de pacientes, en el GES y en el GSFT. En el total de pacientes este aumento fue de 72,6% a 99,4%, en el GES de 66,7% a 100% y en el GSFT de 78,4% al 98,9%.

Este dato muestra la relación de confianza que generalmente se estable entre el paciente habitual y el farmacéutico, que aumentó en el número de pacientes incluidos en el estudio.

7.4.3.1.5. ¿Por qué eligió su farmacia?

La importancia de esta pregunta radica en conocer qué características son aquellas que más valoran los pacientes a la hora de elegir su farmacia habitual y orientar los servicios y nuestro trabajo diario en la farmacia a dicha demanda.

7.4.3.1.5.1. Respuestas en la muestra total de pacientes

En la visita inicial, en el total de pacientes, las respuestas a esta pregunta fueron de mayor a menor frecuencia: Por el personal de la farmacia (37,06%), por la ubicación (31,03%), por los servicios que se ofrecen (25,28%), por los precios (5,17%), otros (1,15%) y por recomendación del médico (0,28%).

En la visita final, las respuestas de mayor a menor frecuencia fueron: Por el personal de la farmacia (38,73%), por los servicios (35,49%), por su ubicación (19,45%), por los precios (5,4%), por recomendación del médico (0,54%) y otros (0,36%).

Observamos que la ubicación pierde importancia a la hora de elegir la farmacia disminuyendo de un 31,03% a un 19,45% y los servicios ofrecidos aumentan como razón para elegir su farmacia de un 25,28% a un 35,49%. La respuesta "por el personal de la farmacia" fue mayoritaria tanto al inicio como al final del estudio.

7.4.3.1.5.2. Respuestas del grupo educación sanitaria

En la visita inicial las respuestas de mayor a menor frecuencia fueron: Por el personal de la farmacia (36,04%), por su ubicación (29,5%), por los servicios que ofrecen (26,16%), por los precios (7,55%), por recomendación del médico (0,58%), otros (0%).

Al final del estudio las respuestas de más a menos frecuentes fueron: Por los servicios que ofrecen (33,92%), por el personal de la farmacia (33,03%), por su ubicación (23,34%), por los precios (8,81%), y por recomendación del médico y otros, ambos con una proporción del 0,44%.

Observamos que tras 6 meses de estudio, los servicios han pasado a estar del tercer al primero puesto, por encima de la respuesta "por el personal de la farmacia" y la ubicación de la farmacia ha pasado del segundo al tercer lugar.

7.4.3.1.5.3. Respuestas del grupo SFT

En el grupo SFT, las respuestas por orden de mayor a menor frecuencia fueron en la visita inicial: Por el personal de la farmacia (37,43%), por su ubicación (31,84%), por los servicios (24,02%) y por los precios (6,70%).

En la visita final las respuestas por orden decreciente de frecuencia fueron: Por el personal de la farmacia (33,19%), por los servicios que ofrece (31,98%), por la ubicación (22,26%), por los precios (12,14%) y por recomendación del médico (0,40%).

Observamos que la ubicación ha pasado del segundo al tercer lugar y los servicios a segundo lugar, mientras que la respuesta "por el personal de la farmacia" se mantiene en primer puesto a lo largo del estudio.

Cabe destacar que en la visita final el GES valoró un 1,94% más los servicios ofrecidos que el GSFT.

Ante estas respuestas podemos observar que en la visita inicial los aspectos que más valoraban los pacientes a la hora de elegir una farmacia, tanto en el total de pacientes, como en el GES y GSFT, eran en primer lugar por el personal de la

farmacia, en segundo lugar por su ubicación y en tercer lugar por los servicios ofrecidos. Sin embargo tras 6 meses de estudio esta prioridad cambió, adquiriendo mayor peso los servicios ofertados como una de las razones principales para elegir farmacia. De tal manera que en la visita final, los 2 aspectos que más valoraban los pacientes a la hora de elegir una farmacia fueron en el GSFT y en el total de pacientes, en primer lugar por el personal de la farmacia y en segundo lugar por los servicios ofrecidos. En el GES, los servicios y el personal de la farmacia estuvieron muy igualados, superando la razón "servicios" ligeramente al personal de la farmacia en un 0,89%.

En general lo que más valora un paciente a la hora de elegir su farmacia habitual es la relación Farmacéutico- Paciente que debe ser de confianza, basada en la empatía y la obtención de resultados eficaces que mejoren su salud. En la práctica diaria en la farmacia una vez se establece esta relación de confianza entre farmacéutico-paciente y el paciente asume que su farmacéutico es un profesional sanitario cercano, que conoce sus problemas de salud y es capaz de ayudar a resolverlos, es lo que más va a fidelizar al paciente hacia el farmacéutico.

Para lograr esta relación de confianza y empatía entre farmacéutico- pacientes, la implantación de servicios profesionales en la farmacia como el servicio de educación sanitaria, campañas antitabaco, seguimiento dietético, educación sanitaria y sobre todo el servicio de SFT, nos puede ser de ayuda para conocer mejor los PS del paciente y ayudar a resolverlos con eficacia.

El siguiente aspecto que más valora el paciente de la farmacia son los servicios profesionales que ofrece. Por la situación económica actual del país estamos viviendo una época de profundos cambios en el sistema sanitario que afectan al margen de la farmacia. Por eso debemos adaptarnos a dichos cambios y aprovechar el valor que los pacientes dan a los servicios ofrecidos en la farmacia y estudiar la implantación de qué servicios profesionales se adecuarían mejor a la demanda de nuestra farmacia. Hay ciertos servicios que llevamos desempeñando en la farmacia durante años de forma gratuita como el SFT y educación sanitaria y que ahora sería difícil empezar a cobrar. Pero sí podemos incorporar servicios nuevos remunerados desde el primer día como servicios de dietista, analíticas,…bien aceptados en general por los pacientes, que le den un valor añadido a la dispensación habitual en la farmacia y nos ayuden a compensar las pérdidas generadas en los medicamentos con receta.

La ubicación de la farmacia fue el segundo aspecto mejor valorado en la visita inicial y el tercero en la visita final. Este dato discrepa con el obtenido en el estudio realizado

por Bofí Martínez, P.et.al.[100], en el que la ubicación fue un aspecto minoritario a la hora de elegir su farmacia. Esta discrepancia puede deberse a que en el estudio de Bofí Martínez, P.et.al.[100], de las 11 farmacias participantes 10 eran farmacias urbanas y sólo 1 era turística. En las zonas urbanas donde hay una mayor oferta de farmacias, los pacientes no dan tanta importancia a la ubicación.

Otros aspectos como los precios, recomendación por parte del médico y “otros” fueron minoritarios en las respuestas de los pacientes. Aunque cabe destacar que la opción precios, poco valorada al inicio del estudio, aumentó en el total de pacientes, en el GES y en el GSFT. Lo cual nos hace pensar que los pacientes cada vez más buscan el precio en los productos, seguramente movido por la situación económica actual.

7.4.3.1.6. Cuando tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos ¿qué hace?

7.4.3.1.6.1. Respuestas en la muestra total de pacientes

En el total de pacientes las respuestas fueron de mayor a menor frecuencia en la visita inicial: Le pregunto a mi farmacéutico (53,66%), llamo a mi médico (32,04%), busco información en internet y le pregunto a algún familiar o amigo, ambas respuestas con una frecuencia del 6,94% y busco información en un libro (0,38%).

En la visita final, las respuestas fueron de más a menos frecuentes: Le pregunto a mi farmacéutico (72,42%), llamo a mi médico (20,57%), busco información en internet (3,29%), le pregunto a algún familiar o amigo (2,46%) y busco información en un libro (1,23%).

7.4.3.1.6.2. Respuestas del grupo educación sanitaria

En el GES las respuestas al inicio del estudio de mayor a menor frecuencia fueron: Le pregunto a mi farmacéutico (49,61%), llamo a mi médico (36,43%), busco información en internet (7,75%) y le pregunto a algún familiar o amigo (6,2%).

En la visita final, las respuestas de más a menos frecuentes fueron: Le pregunto a mi farmacéutico (73,04%), llamo a mi médico (20,86%), busco información en internet (4,34%), y le pregunto a algún familiar o amigo (1,73%).

7.4.3.1.6.3. Respuestas del grupo SFT

En el GSFT, las respuestas de los pacientes en la visita inicial fueron, de más a menos frecuentes: Le pregunto a mi farmacéutico (57,69%), llamo a mi médico (27,69%), le

pregunto a algún familiar o amigo (7,69%), busco información en internet (6,15%), busco información en un libro (0,76%).

En la visita final las respuestas de mayor a menor frecuencia fueron: Le pregunto a mi farmacéutico (71,87%), llamo a mi médico (20,31%), le pregunto a algún familiar o amigo (3,12%), y busco información en internet y busco información en un libro, ambas en una proporción del 2,34%.

Estos datos demuestran la importancia de la figura del farmacéutico comunitario que por su cercanía y profesionalidad hace que el paciente recurra mayoritariamente a la farmacia antes que al médico cuando tiene un problema o duda con sus medicamentos. Problema que el farmacéutico, como experto en medicamentos podrá resolver u orientar al paciente en su resolución remitiéndolo al médico en caso de que el problema escape a la competencia del farmacéutico.

Cabe destacar que a lo largo del estudio aumentó el porcentaje de pacientes que recurrían al farmacéutico y disminuyó el porcentaje de pacientes que recurrían al médico ante problemas o dudas con sus medicamentos.

7.4.3.1.7. Valoración de la rapidez en la atención, profesionalidad, servicio de analíticas, consejos, cortesía, información sobre medicamentos y problemas de salud y precios.

Los porcentajes que se muestran corresponden a los pacientes que dieron la valoración de excelente a cada uno de los ítems.

7.4.3.1.7.1. Respuestas en la muestra total de pacientes

En la visita inicial los ítems mejor valorados fueron en primer lugar: la profesionalidad, la cortesía, los consejos farmacéuticos, el servicio de analíticas y la rapidez en la atención, valorados todos ellos como excelente por el 98,9% de los pacientes. Seguido por la información ofrecida sobre medicamentos y problemas de salud y los precios que fueron valorados como excelente por el 98,4% de los pacientes.

En la visita final excepto los precios, que fueron valorados como excelente por el 99,4% de los pacientes, el resto de ítems (profesionalidad, cortesía, consejos farmacéuticos, servicio de analíticas, rapidez en la atención y la información ofrecida sobre medicamentos y problemas de salud) fueron valorados como excelente por el 100% de los pacientes.

7.4.3.1.7.2. Respuestas del grupo educación sanitaria

En la visita inicial los ítems mejor valorados en el GES fueron la profesionalidad, la cortesía, los consejos farmacéuticos, el servicio de analíticas y la rapidez en la atención, valorados todos ellos como excelente por el 97,8% de los pacientes. Seguido por la información ofrecida sobre medicamentos y problemas de salud y los precios que fueron valorados como excelente por el 96,7% de los pacientes.

En la visita final excepto los precios, que fueron valorados como excelente por el 98,7% de los pacientes, el resto de ítems (profesionalidad, cortesía, consejos farmacéuticos, servicio de analíticas, rapidez en la atención y la información ofrecida sobre medicamentos y problemas de salud) fueron valorados como excelente por el 100% de los pacientes.

7.4.3.1.7.3. Respuestas del grupo SFT

En el GSFT todos los ítems analizados (profesionalidad, cortesía, consejos farmacéuticos, servicio de analíticas, rapidez en la atención y la información ofrecida sobre medicamentos y problemas de salud y precios) fueron valorados como excelentes por el 100% de los pacientes ya al inicio del estudio, manteniendo esta valoración por el 100% de los pacientes del GSFT al final del estudio.

7.4.3.1.8. ¿Pagaría por los servicios que le acaban de realizar?

Los pacientes que estarían dispuestos a pagar por los servicios ofrecidos aumentaron a lo largo del estudio tanto en el total de pacientes, como en el GES y GSFT. En el total de pacientes, los pacientes dispuestos a pagar por los servicios ofrecidos aumentaron de un 52,8% a un 84% [31,2%]; en el GES los pacientes dispuestos a pagar por el servicio de control de FRCV y educación sanitaria aumentaron de un 46,4% a un 75,6% [29,2%]; y en el GSFT los pacientes dispuestos a pagar por el servicio de control de FRCV y SFT aumentaron de un 58,5% a un 91,8% [33,3%].

Aunque los pacientes dispuestos a pagar por los servicios ofrecidos aumentaron en ambos grupos, en el GSFT el número de pacientes dispuestos a pagar fue mayor que en el GES, tanto al inicio como al final del estudio, así como el aumento experimentado, de tal manera que tras 6 meses de estudio, 7 de cada 10 pacientes pagaría por el servicio de educación sanitaria y 9 de cada 10 por el servicio de SFT.

Estos datos demuestran que los pacientes valoran y estarían dispuestos a pagar por ciertos servicios profesionales que hasta ahora realiza el farmacéutico de forma

gratuita, por miedo al rechazo de sus clientes. Estos ingresos podrían empezar a ser una alternativa para los problemas económicos de la farmacia actual.

7.4.3.1.9. Pacientes que recomendarían esta farmacia a un amigo ¿Por qué?

El 100% de los pacientes recomendaría esta farmacia a un amigo, tanto en la visita inicial como en la visita final.

7.4.3.1.9.1. Respuestas en la muestra total de pacientes

Las razones por las que recomendarían esta farmacia a un amigo fueron, en la visita inicial, de más a menos frecuentes: Por la buena atención (35,2%), por la amabilidad, buen trato y servicio (26,4%), por el surtido y stock de la farmacia (16%), otros (8,8%), por las explicaciones ante sus dudas sobre medicamentos y problemas de salud (5,6%), por el horario de la farmacia (4,8%), por los servicios y profesionalidad (ambos en un 1,6%).

En la visita final las respuestas fueron: Por la buena atención (41,21%), por la amabilidad, buen trato y servicio (20,27%), por el surtido y stock (14,18%), por los servicios (10,13%), por las explicaciones y otros (ambos 5,40%), por el horario (2,70%), por la profesionalidad (0,67%).

Cabe destacar que los servicios aumentaron como razón para recomendar la farmacia de un 1,6% a un 10,13%.

7.4.3.1.9.2. Respuestas grupo educación sanitaria

En el grupo educación sanitaria, en la vista inicial, estas razones fueron de más a menos frecuentes: la buena atención (33,96%), la amabilidad, buen trato y servicio (30,18%), surtido y stock (18,86%), otros (9,43%), explicaciones y horario, ambas en una proporción del 3,77%.

En la visita final estas razones por orden de más a menos frecuente fueron: la buena atención (43,54%), amabilidad, buen trato y servicio (20,96%), surtido y stock (12,90%), servicios y otros, ambos en una proporción del 9,67%, y las explicaciones y horario, ambas con una frecuencia del 1,61%.

7.4.3.1.9.3. Respuestas grupo SFT

En el grupo SFT las razones por las que los pacientes recomendarían la farmacia, fueron en orden de frecuencia, tras la visita inicial: la buena atención (36,11%), la amabilidad, buen trato y servicio (23,61%), surtido y stock (13,88%), otros (8,33%),

explicaciones (6,94%), horario (5,55%) y servicios y profesionalidad, ambos en proporción del 2,77%.

En la visita final estas razones fueron: La buena atención (36,53%), la amabilidad, buen trato y servicio (19,76%), surtido y stock (15,11%), servicios (10,46%), explicaciones (8,13%), horario (3,48%), otros (2,32%), profesionalidad (1,16%).

Esta pregunta nos muestra que la buena atención y la relación de empatía farmacéutico-paciente son los aspectos que más valoran los pacientes a la hora de recomendar una farmacia. El surtido y stock fueron la tercera razón más valorada a la hora de elegir su farmacia, seguramente por la distancia de nuestra farmacia hasta la farmacia más próxima.

En un estudio realizado por Bofí Martínez, P.et.al.[100], en el que se utilizó el mismo test para evaluar el grado de satisfacción, las respuestas de los pacientes mostraron la misma tendencia, así, al igual que en el presente estudio el número de pacientes que respondió que no compraba en más de una farmacia aumentó tanto en GES (19,9%) como en el SFT (12,9%). En el presente estudio el número de pacientes que no compraban en más de una farmacia aumentó en el GES un 26,7% y en el GSFT un 17,5%. El aumento en el presente estudio fue superior que en el estudio Bofí Martínez, P.et.al.[100], aunque son coincidentes en que en el GES hubo un incremento mayor que en el GSFT de pacientes que compraban al inicio en más de una farmacia y al final del estudio sólo compraban en nuestra farmacia. Ambos estudios son coincidentes en que el aspecto que más valora el paciente cuando elige una farmacia es por las personas que trabajan en la farmacia (Estudio Bofí Martínez, P.et.al.[100]: 40,7%, presente estudio: 38,73%), la mayoría de los pacientes acude como primera opción al farmacéutico cuando tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos (Estudio Bofí Martínez, P.et.al.[100]: 78,12%, presente estudio: 72,42%), tanto en el GES como en el GSFT la profesionalidad del farmacéutico fue valorada como excelente por la totalidad de los pacientes al final del estudio.
Ambos estudios son coincidentes en la proporción de pacientes que pagaría por los servicios ofrecidos ya que en ambos estudios aproximadamente 7 de cada 10 pacientes pagaría por el servicio de educación sanitaria y 9 de cada 10 por el seguimiento farmacoterapéutico.

Similares resultados se obtuvieron en un estudio llevado a cabo en 2008 en farmacias de Zaragoza[185] con el objetivo de conocer el grado de satisfacción del usuario de la Oficina de Farmacia. Los resultados de este estudio mostraron que el 77% de los

consumidores compra siempre en la misma farmacia y el 99,9% de los usuarios está satisfecho con su farmacia habitual. La valoración media fue de 8,1 (escala de 1 a 10), los principales motivos de satisfacción (con la farmacia habitual) fueron el trato recibido y la profesionalidad o capacidad de resolución de dudas sanitarias. Para dolencias leves, el 43% acudía antes a la farmacia que al médico. Para el 85% de los consumidores, las farmacias le proporcionan una elevada confianza, los motivos de satisfacción fueron el trato recibido (66%) y la resolución de dudas (42,1%). La mayor parte de los encuestados demostraron tener mucha (46%) o muchísima (34,3%) confianza en las farmacias. En este estudio también se preguntó a los farmacéuticos cómo veían la situación de su farmacia para los próximos años. En general se apreció un cierto pesimismo por la situación en los próximos años, ya que más de un 40% de los encuestados dieron una puntuación inferior a 5, aunque el pesimismo fue ligeramente mayor en Zaragoza capital, lo que se confirma al calcular la puntuación media que ofrece un resultado de 4,8 en Zaragoza capital frente a 4,4 en pueblos.

Debemos aprovechar la confianza y la valoración positiva que tiene en general la sociedad de las farmacias y farmacéuticos como profesionales de la salud, para poner en marcha estrategias de fidelización que nos permita garantizar la sostenibilidad de la farmacia comunitaria a largo plazo ya que hoy en día la farmacia ya no puede sostenerse del margen de beneficio de los medicamentos exclusivamente y debe orientarse hacia un nuevo concepto de farmacia, proveedor de medicamentos, pero también de otros productos y servicios orientados a mejorar la salud de los pacientes que aumenten la calidad de la dispensación.

7.4.3.2. TEST DE ARMANDO, P. et. al.[90] (Anexo 8)

A los pacientes de grupo SFT se les pasó además el test de Armando, P. et.al[90] (Anexo 8) con el objetivo de medir el grado de satisfacción por el SFT.

Según las respuestas de los pacientes, tras 6 meses de SFT, este servicio consiguió que un 96,4% de los pacientes conocieran bastante mejor los medicamentos que usaban. El 84,5% consideraba que gracias al SFT había conseguido que los medicamentos que usaba produjeran bastante mejor los efectos esperados, el 76,2% de los pacientes consideraba que había mejorado bastante su estado de salud, el 98,8% había conseguido bastante más aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por el médico, y el 75% consideraba que se habían minimizado bastante los efectos indeseables de los medicamentos que usaba.

El 100% de los pacientes continuaría visitando a su farmacéutico ya que había logrado mejorar los beneficios obtenidos con los medicamentos que usaba y el 98,8% solicitaría a su médico continuar trabajando en conjunto con su farmacéutico.

El 91,7% de los pacientes opinaba que el servicio de SFT debería ser reconocido económicamente por las obras sociales o por el gobierno.

El 100% de los pacientes recomendaría a sus familiares o amigos que acudieran a su farmacéutico para que les brindara el servicio de SFT.

Estos resultados muestran la valoración positiva de los pacientes hacia el servicio de SFT y la apreciación de los pacientes sobre las mejoras obtenidas.

Esta valoración positiva del servicio de SFT también se aprecia en otros estudios como el estudio llevado a cabo por Rodríguez Chamorro, MA. et.al.[186] en el que se elaboró y recogió una encuesta de carácter anónimo entre pacientes en seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder en las Farmacias de Herreruela y Alcañizo entre 1/1/2004 y 15/3/2004. El 89% de pacientes creía que había supuesto una mejoría de sus enfermedades, igualmente el 83% afirmaba que la relación Farmacéutico- Paciente- Médico no se había visto afectada, incluso un 4% pensaba que había mejorado mucho. Más del 94% consideraba que había recibido un trato personal y profesional excelente. El 74% manifestó encontrarse muy satisfecho con el servicio de seguimiento farmacoterapéutico y un 94% creía que sus enfermedades estaban mejor tratadas. En general se concluyó en este estudio que los pacientes en seguimiento farmacoterapéutico conocen y valoran positivamente este servicio. La confianza en su farmacéutico fue la causa más importante para aceptarlo. Los pacientes están bastante satisfechos con el seguimiento farmacoterapéutico, valoran la profesionalidad y accesibilidad del farmacéutico, así como los resultados en salud obtenidos.

En otro estudio realizado por Armando, P. et.al.[90] con el objetivo de valorar la satisfacción de pacientes bajo seguimiento farmacoterapéutico con el método Dáder, basada en los resultados percibidos por los mismos, se diseñó un cuestionario cuyas respuestas mostraron que la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico se debían fundamentalmente a: mejoras en el conocimiento de los medicamentos y en el cumplimiento de los tratamientos prescriptos por el médico. Además todos los pacientes coincidieron en las intenciones de permanecer en el programa y recomendarlo a otras personas, ambos indicadores directos de satisfacción con el seguimiento farmacoterapéutico

Similares resultados se obtuvieron en el estudio Bofí Martínez, P. et.al.[100], en el que se pasó el mismo test anónimo a los pacientes en SFT. Según las respuestas de los pacientes en el estudio Bofí Martínez, P. et.al.[100], tras 6 meses de SFT, el 91,3% de los pacientes conocían mejor los medicamentos que usaban, el 78,3% había conseguido que los medicamentos que usaba produjeran bastante mejor los efectos esperados, el 87,5% de los pacientes consideraba que había mejorado bastante su estado de salud, el 91,7% había conseguido bastante más aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por el médico, y el 86,4% consideraba que se habían minimizado bastante los efectos indeseables de los medicamentos que usaba.

El 95,8% de los pacientes continuaría visitando a su farmacéutico y el 87% solicitaría a su médico continuar trabajando en conjunto con su farmacéutico.

El 87% de los pacientes opinaba que el servicio de SFT debería ser reconocido económicamente por las obras sociales o por el gobierno y el 95,8% de los pacientes recomendaría a sus familiares o amigos el servicio de SFT.

Los resultados de estos estudios demuestran que el paciente acepta y valora la implantación de servicios profesionales, orientados a mejorar la salud del paciente y que den un valor añadido al servicio de dispensación.

7.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

7.5.1. REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA VARIABLE RIESGO CARDIOVASCULAR-VASCULAR

Tomando como variable dependiente el RCV, el objetivo de este análisis fue conocer qué variables independientes (edad, género, grupo, antecedentes de ECV, PAD, IMC, GB, CT, TG, modificaciones dietéticas, ejercicio y número de intervenciones farmacéuticas) influyen como factor protector o como factor de riesgo en el aumento del RCV.

A continuación se describe la relación de cada una de las variables independientes analizadas con el aumento del RCV (factor protector o factor de riesgo). Los resultados que se dan están ajustados:

-EDAD: Por cada año más de edad, el riesgo de no disminuir el RCV disminuye (OR<1). La edad es un factor protector. Se calculó la inversa obteniendo un valor OR=1,089 (OR>1) con un IC (95%): (1,041- 1,138), aumentando un 8,9% el riesgo de disminuir el RCV por cada año menos de edad.

-GÉNERO: Tomando como referencia el género femenino, se calculó la inversa obteniendo un valor OR_{hombre}=2,785 con un IC (95%): (1,126- 6,896), lo que indica que ser hombre es un factor de riesgo (OR>1) para que no disminuya el RCV. Los hombres tienen un 178% más de riesgo de no disminuir su RCV que las mujeres.

Ser mujer es un factor protector para la disminución del RCV (OR<1).

-GRUPO: Tomando como referencia al GSFT, se calculó la inversa obteniendo un valor OR_{GES} =1,47 (OR>1) con un IC (95%): (0,587- 3,690), el valor de OR_{GES} > 1 indica que pertenecer al GES es un factor de riesgo, concretamente los pacientes que no reciben SFT tienen un 47% más de riesgo de no disminuir su RCV que los pacientes que reciben SFT.

Sin embargo pertenecer al GSFT, es un factor protector para la disminución del RCV (OR<1).

- ANTECEDENTES DE ECV: Tener antecedentes de ECV es un factor de riesgo (OR>1) para que no disminuya el riesgo. Los pacientes con antecedentes de ECV, tienen un 187,4% más de riesgo de no disminuir su RCV.

-PAD: Por cada unidad de menos que disminuye la PAD del paciente en las visitas, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 83%. Lo que es lo mismo, calculando la inversa se obtuvo un valor OR =0,546 (OR<1) con un IC (95%): (0,346-0,860), lo cual indica que por cada unidad de más que disminuye la PAD de la visita inicial a la final, el riesgo disminuye. La disminución de la PAD en las visitas es un factor protector.

-IMC: Por cada unidad de menos que disminuye el IMC del paciente en las visitas, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 48,1%. Al calcular la inversa se obtuvo un valor OR=0,675 (OR<1) con un IC (95%)= (0,444- 1,027), lo cual indica que por cada unidad de más que disminuye el IMC de la visita basal a la final, el riesgo disminuye. La disminución del IMC en las visitas es un factor protector.

-GB: Por cada unidad de menos que disminuye la GB del paciente en las visitas, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 0,6%. Al calcular la inversa se obtuvo un valor de OR=0,994 (OR<1) con un IC (95%): (0,978- 1,009) , lo que indica que por cada unidad de más que disminuye la GB de la visita basal a la final, el riesgo disminuye. La disminución de la GB en las visitas es un factor protector.

- CT: Por cada unidad de menos que disminuye el CT del paciente en las visitas, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 1,8%. Lo que es lo mismo, calculando la inversa se obtuvo un valor de OR=0,982 (OR<1) con un IC (95%): (0,967- 0,997), lo que indica que por cada unidad de más que disminuye el CT de la visita basal a la final, el riesgo disminuye. La disminución del CT en las visitas es un factor protector.

- TG: Por cada unidad de menos que disminuyen los niveles de TG del paciente en las visitas, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 0,1%. Al calcular la inversa se obtuvo un valor de OR=0,999 (OR<1) con un IC (95%): (0,995- 1,002), lo que indica por cada unidad de más que disminuyen los valores de TG de la visita basal a la final, el riesgo disminuye. La disminución de los niveles de TG en las visitas es un factor protector.

- Los pacientes que cumplen todas las modificaciones dietéticas tienen 3,032 veces más de riesgo de no disminuir el RCV que las que no cumplen. Los que cumplen algunas tienen 7,149 veces más de riesgo de no disminuir su RCV que los que no cumplen. Al calcular la inversa se observó que la probabilidad de que mejore el RCV de los pacientes que cumplen todas las modificaciones dietéticas es del 67,1% (OR=0,329 (OR<1); IC (95%): (0,053- 2,044)).
Al calcular la inversa se observó que la probabilidad de que mejore el RCV de los pacientes que cumplen algunas modificaciones dietéticas es del 86,1% (OR=0,139 (OR<1); IC (95%): (0,020- 0,969)).

- Al calcular la inversa se observó que los pacientes que hacen ejercicio físico de forma regular tienen un 52,2% menos de riesgo de no disminuir su RCV que los que no hacen ejercicio físico (OR=0,478 (OR<1); IC (95%): (0,169- 1,351). Por tanto practicar ejercicio físico es un factor protector.

- IF: Por cada IF de menos realizada, la probabilidad de que no mejore el RCV del paciente es del 6,5%. Lo que es lo mismo, calculando la inversa se obtuvo un valor OR=0,938 (OR<1) con un IC (95%): (0,597- 1,474), lo que indica que por cada IF realizada, el riesgo disminuye. El aumento de IF en las visitas es un factor protector.

Por tanto, la edad, ser mujer, pertenecer al GSFT, la disminución de la PAD, GB, IMC, CT, TG, el consejo de modificaciones dietéticas cardiosaludables, la realización de ejercicio físico de forma regular y el número de IF, son factores protectores del RCV.

Tener antecedentes de ECV es un factor de riesgo para el aumento del RCV.

Los resultados obtenidos para los parámetros edad, género, PAD, CT y cumplimiento de algunas de las modificaciones dietéticas se pueden extrapolar a la población en general. Los resultados obtenidos para el resto de parámetros analizados son verídicos para nuestra población de 161 pacientes estudiada en este análisis, pero en principio necesitaríamos una muestra de mayor tamaño para llegar a conclusiones extrapolables a la población general, aunque sí pueden ser de referencia para ver la tendencia de los resultados en estudios con muestras de mayor tamaño.

7.5.2. REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA VARIABLE FIDELIZACIÓN

Considerando como variable dependiente el grado de fidelización, el objetivo del estudio fue analizar que variables independientes (edad, género, grupo, antecedentes de ECV, PAD, IMC, GB, CT, TG, SCORE, ejercicio, número de IF) influyen (factor protector) o no (factor de riesgo) en el aumento del grado de fidelización.

En cuanto al grado de fidelización, a mayor edad (OR<1), ser mujer (OR<1), la mejora de la PAD (OR<1), la mejora de los niveles de GB (OR<1), la mejora de la clasificación SCORE (OR<1) y la realización de ejercicio físico (OR<1), son factores protectores del grado de fidelización, es decir, son factores que influyen en el aumento del grado de fidelización.

Sin embargo, tener antecedentes de ECV (OR>1), la disminución del IMC (OR>1), la disminución de CT (OR>1) y la disminución de TG (OR>1), son factores de riesgo para el aumento del grado de fidelización.

El hecho de pertenecer al GES o GSFT también influye en el grado de fidelización. Tomando como referencia al GSFT, se calculó la inversa obteniendo un valor de OR_{GES}=0,313 (OR<1) con un IC (95%): (0,102- 0,959), lo que indica que pertenecer al GES es un factor protector del grado de fidelización así los pacientes pertenecientes al GES aumentaron su grado de fidelización un 68,7% más que los pertenecientes del GSFT.

El aumento del grado de fidelización en los pacientes del GES fue mayor que en los pacientes del GSFT ya que los pacientes del GSFT partían de un grado mayor de fidelización tal y como se muestra en los apartados 6.3.1 y 7.4.1.

Por tanto aunque el GES experimentó un aumento mayor que el GSFT en el grado de fidelización, el grado de fidelización fue mayor en el GSFT que en el GES tanto al inicio como al final del estudio (apartados 6.3.1. y 7.4.1).

En cuanto al número de IF, por cada IF de menos realizada, la probabilidad de que aumente el grado de fidelización disminuye (OR>1). Lo que es lo mismo, calculando la inversa se obtuvo un valor de OR=0,554 (OR<1) con un IC (95%): (0,321- 0,956), por lo que por cada IF de más realizada, aumentó un 44,6% el grado de fidelización.

Sólo son extrapolables a la población general los valores obtenidos en el número de IF y grupo al que pertenece el paciente. Así, pertenecer al GES y el número de IF, son factores protectores para el aumento del grado de fidelización.

El resto de parámetros analizados nos ofrecen valores propios de la población seleccionada en la farmacia de estudio, pero que podrían variar en muestras de mayor tamaño o en otras oficinas de farmacias donde se realizara el estudio, por lo que no se pueden extender a la población general.

7.5.3. REGRESIÓN LINEAL DEL CONSUMO MEDIO

A continuación se describen los resultados extraídos del análisis, tras 6 meses de estudio:

- Edad: Por cada aumento en un año de edad, el gasto medio aumenta en 3,02€.
- El consumo en hombres es de 0,0053€ menos que en mujeres.
- Pertenecer al GSFT, aumenta el gasto medio en 0,048€.
- Si el paciente presenta antecedentes de RCV el gasto medio aumenta en 317,763€.
- Por cada unidad de menos que disminuye el valor de PAD al final del estudio, la media del gasto aumenta 24,67€.
- Por cada unidad de más que aumenta valor de IMC al final del estudio, el gasto disminuye una media de 13,378€.
- Por cada unidad de aumento de la diferencia del valor de GB al final del estudio, el gasto aumenta 0,023€ de media.
- Por cada unidad de más que aumenta el valor de CT y TG al final del estudio, la media del gasto aumenta 0,232€ y 0,505€, respectivamente.
- La mejora en la clasificación SCORE, implica un aumento del gasto medio de 53,935€.
- El cumplimiento de todas las modificaciones dietéticas implica un aumento del gasto medio de 231,388€. Sin embargo el cumplimiento de algunas de las

recomendaciones dietéticas implica un aumento del gasto medio menor (140,375€)

- La realización de ejercicio físico disminuye el gasto medio en 19,511€.
- La mejora del grado de fidelización, aumenta 88,927€ el consumo medio.
- Por cada IF de más final, el gasto disminuye -129,924€ de media.

Los cambios en la clasificación SCORE de la visita inicial a la final, los datos obtenidos en antecedentes de ECV y en el número de IF son extrapolables a la población general. Así podemos concluir como datos preliminares que presentar antecedentes de enfermedad cardiovascular- vascular y la mejora en la clasificación SCORE aumentan en general el consumo en la farmacia, mientras que por cada IF realizada el gasto disminuye.

8. CONCLUSIONES

8- CONCLUSIONES

- La intervención del farmacéutico mejoró los valores de presión arterial sistólica un 7,7%, la presión arterial diastólica 5,4%, frecuencia cardiaca 3,2%, peso 2,9%, IMC 2,9%, porcentaje de grasa corporal 3,0%, glucosa basal 10,9%, colesterol total 11,1%, triglicéridos 43,3%, perímetro de la cintura 2%, índice cintura-cadera 1,1% e índice cintura-altura 3,3%. Siendo esta mejora estadísticamente superior en los pacientes del grupo seguimiento farmacoterapéutico para los parámetros presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, peso, índice de masa corporal, glucosa basal, colesterol total, perímetro de la cintura e índice cintura-altura.

- El SFT aumentó un 3% más los pacientes con RCV leve que la educación sanitaria y disminuyó un 5% más los pacientes con RCV aumentado.

-El servicio de seguimiento farmacoterapéutico disminuyó el número de problemas relacionados con los medicamentos un 65,2% y los resultados negativos de la medicación un 64,4%.

- Tanto el servicio de seguimiento farmacoterapéutico como educación sanitaria aumentaron la adherencia terapéutica, pero con el seguimiento farmacoterapéutico se consiguió un 31,1% más de cumplimiento.

- La implantación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria aumentó los pacientes con grado de fidelización bueno un 12,2% (14,3% en el grupo educación sanitaria y 10,1% en el grupo seguimiento farmacoterapéutico).

- A pesar de las bajadas en el precio de los medicamentos y a la disminución del consumo en productos de venta libre motivado por la actual situación económica, el consumo final en la farmacia aumentó un 11,7% (GES: 10,3% y GSFT: 12,8%) debido al aumento en el grado de fidelización de los pacientes (12,2%), al aumento del número de clientes nuevos (23,2%) y a un aumento en el consumo de medicamentos crónicos para el riesgo cardiovascular- vascular (12,9%) y medicamentos para otros problemas de salud (12,4%) tras optimizar la farmacoterapia del paciente a través de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico.

- Tras 6 meses de estudio, 7 de cada 10 pacientes pagaría por el servicio de educación sanitaria y 9 de cada 10 por el servicio de SFT.

9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

[1] Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, Mauricio D, Sans S, Villar F, Lizcano A, Gil-Núñez A, De Álvaro F, Conthe P, Luengo E, Del Río A, Cortés O, De Santiago A, Vargas MA, Martínez M, Lizarbe V. Guía Española de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. SEMERGEN. 2009;35:66-85.

[2] Departamento Técnico Sociedad Española de Cardiología. Las defunciones por enfermedades cardiovasculares han disminuido un casi un 1% respecto al año pasado. Noticia publicada el 14-4-2012. Disponible en: http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/14027/1/Las-defunciones-por-enfermedad-cardiovascular-han-disminuido-casi-un-1-respecto-al-pasado-ano-/Page1.html . Consultado el 23-12-2012.

[3] Centro de prensa. Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa. Organización Mundial de la salud. Septiembre 2009. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html. Consultado el 23-12-2012.

[4] Departamento Técnico INE. Defunciones según la causa de muerte. Año 2010. Instituto Nacional de estadística. Nota de prensa 20 de Marzo de 2012. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np703.pdf . Consultado el 23-12-2012 .

[5].Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. ¿Cuánto cuesta un enfermo del corazón? Sociedad Española de Cardiología. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html. Consultado en Febrero 2012.

[6] Anca Cadoncia E, García Moreno L, González Rodríguez A, Roig Sena JC, Prevención, cribado y control de enfermedades prevalentes mediante el autocontrol de parámetros biológicos en la farmacia comunitaria. Programa de formación en habilidades Aula- Sefac. Disponible en http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/infor_curso.php?curso=6. Consultado en Febrero 2012.

[7] Perk J, De Backera G, Gohlkea H, Graham I, Reinerb Z, Verschurena M, et al. Guía Europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Rev Esp Cardiol 2012;65:937.e1-66.

[8] Amariles Muñoz P, Machuca M, Sabater D, Faus Dáder MJ. Actuación farmacéutica en Prevención cardiovascular. Universidad de Granada. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_FRCV.pdf . Consultado el 8-2-2010.

[9] Zarzuelo Zurita. A, Sánchez de Medinas López Huertas. F. Tratamiento de las dislipemias. Curso on-line correo farmacéutico 2010-2011. Disponible en: http://www.conferenciasyformacion.com/agenda/show_post/curso-online-actualizacion-en-patologia-cardiovascular-716?page=13#.VDVyN_l_tks. Consultado en 2010-2011.

[10] De Backer G, Ambrisioni E, Borch- Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Manger Cats V, Orth- Gomer K, Perk J, Pyorala K, Rodicio JL, Sans S, Sansoy V, Sechtem U, Silber S, Thomsen T, Wood D. Guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Eur Heart J. 2003;24:1601-10.

[11] Gottau, G. Índice Cintura- Altura, el mejor para conocer el riesgo cardiovascular. Disponible en: http://www.vitonica.com/profesional/indice-de-cintura-altura-el-mejor-para-conocer-riesgo-cardiovascular. Consultado en 2010.

[12] Jornada de prevención del Riesgo Cardiovascular en Castilla La Mancha. Medir el perímetro de la cintura puede prevenir ECV y diabetes. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/adjuntos/05_2006%5C4.pdf. Consultado en 2010.

[13] Lara J. Índice cintura cadera como indicativo del riesgo cardiovascular. Disponible en http://www.vitonica.com/anatomia/indice-cintura-cadera-como-indicativo-de-riesgo-cardiovascular. Consultado el 27-3-2010.

[14] Departamento Técnico Elmedicointeractivo. Seguimiento de la Hipertensión arterial en atención primaria. Curso de farmacología clínica aplicada. Formación acreditada on-line. Disponible en: http://2011.elmedicointeractivo.com/farmacia/temas/tema7-8/hta4.htm?botsearch. Consultado en 2011.

[15] Dosier de Prensa SEEDO y SEEN XIII día de la persona Obesa. Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO) y Sociedad Española de Endocrinología y nutrición (SEEN). Disponible en: http://www.seedo.es/portals/seedo/obesidadysalud/Dossier-prensa-XIII-dia-persona-obesa.pdf. Consultado en 2010.

[16] Pérez Miranda M, Luengo Pérez LM. Tesis doctoral del Departamento de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Extremadura. Disponible en http://medicos21.com/index.php/articulos/34-area-cientifica/190-el-indice-cintura-altura-es-el-metodo-antropometrico-mas-apropiado-para-medir-el-riesgo-cardiovascular-segun-un-estudio.html. Consultado el 27-3-2010.

[17] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón 9-5-2009. El género como factor de riesgo cardiovascular. Disponible en http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/sexo-genero.html. Consultado en Enero 2013.

[18] Machuca M, Parras M, Faus Dáder MJ. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre hipertensión. Universidad de Granada. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_HIPERTENSION.pdf. Consultado el 18-3-2010.

[19]Tuneu L, Gastelurrutia MA, Fernández- Llimós F, Faus Dáder MJ. Guía se SFT sobre dislipemias. Universidad de Granada. Disponible en http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_DISLIPEMIAS.pdf . Consultado el 18-3-2010.

[20] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. Dieta para bajar la tensión arterial- Hipertensión. Sociedad española de cardiología. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/dieta/1230-dieta-para-bajar-la-tension-alta-hipertension.html. Consultado en Marzo 2010.

[21] Bánegas JR. Factores de riesgo: Prevalencia. Revista Clínica electrónica de Atención Primaria. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m1n6/rceap_a2005m1n6a3.pdf. Consultado en Octubre 2014.

[22] Val M. Efecto de la Dieta Mediterránea sobre la salud del corazón, la diabetes, el colesterol y cáncer. Revista Digital de Gastronomía Mediterránea. Marzo 2002. Revisado, 2011. Disponible en: http://www.sabormediterraneo.com/salud/dietamediterranea1.htm. Consultado en Febrero 2012.

[23] Sánchez-Benito JL, Pontes Torrado Y, González Rodríguez A. La intervención de pérdida de peso conlleva una disminución significativa de la presión arterial y del colesterol. Clin Invest Arterioscl. 2012; 24 (5): 241-249.

[24] Luengo Fernández E, Ordóñez Rubio B, Bergua Martínez C, Laclaustra Gimeno M. Obesidad, dislipemia y síndrome metabólico. Rev Esp Cardiol Supl. 2005;5(D):21-9.

[25] Coll Benejam JM. Colesterol ¿Por qué debe controlarlo? Biblioteca de salud. Edición 2004.

[26] De la Hera JM, Vegas JM, Hernández E, Lozano I, García Ruíz JM, Fernández- Cimadevilla OC, et.al. Rendimiento de la glucohemoglobina y un modelo de riesgo para la detección de diabetes desconocida en pacientes coronarios, Rev Esp Cardiol. 2011; 64:759-65.

[27] Centro de Prensa OMS Septiembre 2011. Diabetes. Organización mundial de la salud. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html. Consultado en Febrero 2012.

[28] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. Diabetes y riesgo cardiovascular. Sociedad española de cardiología Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/diabetes.html. Consultado en Marzo 2010.

[29] Zarzuelo Zurita A, Sánchez de Medinas López Huertas F, Martínez Augusti O, Duarte Pérez J. Actualización en Patología Cardiovascular. Curso on-line correo farmacéutico 2010-2011. Disponible en: http://www.conferenciasyformacion.com/agenda/show_post/curso-online-actualizacion-en-patologia-cardiovascular-716?page=13#.VDVyN_l_tks. Consultado en 2010-2011.

[30] Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. Diab Prác 2014;05(Supl Extr 2):1-24.

[31] Rowshan A. Método Rowshan para dejar de fumar. Disponible en http://www.quiero-dejar-de-fumar.com/. Consultado 20-3-2010.

[32] Barrueco Ferrer M, Hernández Mezquita M.A, Torrecilla García M. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Ed. Euromedice 2009. 4ª Edición.

[33] Carrión Valero F. Tabaquismo. Una perspectiva desde la Comunidad Valenciana. Generalitat valenciana. 2ª edición.

[34] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. Tabaquismo. Sociedad española de cardiología. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/fumar-tabaco-tabaquismo.html. Consultado en 2010.

[35] Centro de Prensa OMS Marzo 2011. Obesidad y sobrepeso. Organización mundial de la salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/. Consultado en Febrero 2012.

[36] Departamento técnico INE. Encuesta Europea de salud en España. Año 2009. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 30 de Noviembre 2010. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Nota_tecnica_EES09.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[37] Departamento Técnico OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html. Consultado en 2010.

[38] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. Hipertensión arterial y ejercicio. Sociedad Española de Cardiología. Disponible en http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/983-hipertension-arterial-y-ejercicio.html. Consultado en 2010.

[39] Bofí Martínez P, García -Jiménez E. Documento docente. Introducción a la Atención farmacéutica. Cursos DEA. Universidad de Granada.2009

[40] Comité de consenso. Tercer consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.

[41] Foro de Atención farmacéutica. PRM y RNM: Conceptos. 2008. Disponible en: www.portalfarma.com. Consultado el 12-2-2010.

[42] Bofí Martínez P, García- Jiménez E. Efecto del Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipotiroideos que acuden a una farmacia de la costa valenciana. Aten Prim 2011; 43(1): 50-2.

[43] Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). Pharmacotherapy follow-up: the Dader Method (3rd revision: 2005).Pharmacy Practice 2006;4(1):44-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n1/giaf.pdf. Fecha acceso: Abril 2012.

[44] Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. Campañas 2007. Prevención de enfermedades cardio y cerebrovasculares. Disponible en: http://www.msc.es/campannas/campanas07/cardiovascular5.htm. Consultado en 2010.

[45] Departamento Técnico Fundación Española del Corazón. Riesgo Cardiovascular. Sociedad española de cardiología. Disponible en http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular.html. Consultado en Enero 2010

[46] Rioja Salud. II Plan de Promoción de hábitos de vida saludables. Gobierno de la Rioja Disponible en: http://www.riojasalud.es/ficheros/plan_promoc_habitos_saludables09.pdf. Consultad en 2010.

[47] Datcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem Ll. Guía de alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/nutricion/guia_alimentacion.pdf. Consultado en 2010.

[48] Ortega, RM. La importancia de la dieta mediterránea. Disponible en: http://www.alimentacion-cardiosaludable.com/la-importancia-de-la-dieta-mediterranea/. Consultado en Febrero 2012.

[49] Márquez Sandoval F, Bulló M, Vizmanos B, Casas-Agustench P, Salas-Salvadó J. Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional, Antropo, 2008;16: 11-22.

[50] Departamento Técnico Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Dieta Mediterránea. Salud Madrid. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DDieta+mediterranea+folleto+peq.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158578951575&ssbinary=true. Consultado en 2010.

[51] Castillo C. Dieta mediterránea y su efecto beneficioso sobre las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=90:dieta-mediterranea-y-su-efecto-beneficioso-sobre-las-enfermedades-cardiovasculares&catid=2&Itemid=68. Consultado en Febrero 2012.

[52] Olveira Fuster G, Porras Pérez N. Patrón de dieta mediterránea para la población general. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Disponible en: http://www.seen.es/pdf/recomendaciones/dieta-mediterranea.pdf. Consultado en 2010.

[53] Delgado Lista FJ, Pérez Herrera A, Pérez Caballero AI, Pérez Jiménez F. Dieta mediterránea y prevención cardiovascular. Rev Esp Obes, 2009: 7 (3);135-143

[54] Pamplona Roger JD. Alimentos para la sangre. Enciclopedia de los alimentos y su poder curativo 3ª edición. 2000: 2(23); 118-137.

[55] Aznar Laín S, Castro Ulled JM, Merino Merino B, Veiga Núñez O. Actividad física y salud. Guía para padres y madres. Ministerio de Educación y Cultura. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/actividadFisicaPadresMadres_1999.pdf. Consultado en 2010.

[56] Departamento Técnico Fundación española del corazón. Ejercicios para enfermos cardiacos. Disponible en http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos.html. Consultado en 2010.

[57] Escobar MC, Zacarías I, Díaz EM, Eggers Köster L, Guidi Guillon D, Klein González M, Medina A, Román Ureta C, Saavedra S, Troncoso Galleguillos P, Valenzuela MA. Programa de actividad física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/rafu/15.pdf. Consultado en 2010.

[58] Bachmann R, Contardi J, Del Campo C, Farat CA, Monetti I, González M, Rodríguez AG, Veloso J, Zarrillo D, Zelarayán M. Ejercicio físico y sedentarismo. Comisión Honoraria para la salud cardiovascular. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/factor_ejercicio.htm. Consultado en Febrero 2012.

[59] Pellegrino M. Beneficios de la actividad física periódica. Disponible en: http://www.zonadiet.com/deportes/beneficios.htm. Consultado en Febrero 2012.

[60] Departamento Técnico OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización mundial de la salud (OMS). Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/. Consultado en 2010.

[61] Pamplona Roger JD. Consejos para una cocina saludable. Enciclopedia de los alimentos y su poder curativo. 3ª edición. 2010; 3 (38): 20-31.

[62] Departamento Técnico OMS. Guía de recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Organización mundial de la salud (OMS). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[63] Departamento Técnico Diario de Sevilla. Asociaciones de consumo valoran la ayuda para dejar de fumar. Informe OCU. Disponible en: http://www.diariodesevilla.es/article/salud/1163126/asociaciones/consumo/valoran/la/ayuda/para/dejar/fumar.html. Consultado en Febrero 2012.

[64] Massot M. Tratamiento del paciente fumador en la oficina de farmacia. Rev Aula Farm. 2010; 6(1):1-12.

[65] Fornos Pérez JA. Papel del farmacéutico comunitario en la Atención Farmacéutica a los pacientes crónicos. Disponible en: http://www.150facultadefarmacia.com/simal/AFG/discursos/fornos.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[66] García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo F, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia (And) 2000; 1: 13-19.

[67] Márquez Contreras E. Cumplimiento terapéutico en la HTA. Actualizaciones. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Grup Cump SEH-LELHA 2005; 1(1): 3-9.

[68] Polop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28: 113-120.

[69] Gabinete de Prensa de la SEH-LELHA. 9-3-2010. La mitad de los pacientes hipertensos abandonan el tratamiento durante el primer año. Disponible en: http://clubdelhipertenso.es/index.php/sala-de-prensa/1-notas-de-prensa/114-noticia-de-prueba-4. Consultado en Febrero 2012.

[70] Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l29-2006.t6.html. Consultado en 2010.

[71] Ibáñez J, Caelles N, Barris D, Riu I, Isanta Jr, Varas R, Gastelurrutia MA. Descripción de los Servicios y Estructura (II). Curso de implantación y gestión de servicios profesionales en la farmacia. SEFAC 2009.

[72] Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención al paciente. Organización Mundial de la salud (OMS). Manual Edición 2006. Disponible en: http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[73] Departamento Técnico Federación Empresarial de farmacéuticos españoles (FEFE). La oficina de farmacia 2010. Viabilidad económica vs sostenibilidad del sistema. Disponible en: http://www.fefe.com/Viabilidad_Vs_Sostenibilidad_-_10.03.10.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[74] Departamento Técnico La Voz Digital. Las farmacias ponen en marcha políticas de fidelización de clientes para aumentar sus ventas. Colegios Oficiales. Disponible en: http://especial.lavozdigital.es/colegios-oficiales/articulo/947-las-farmacias-ponen-en-marcha-politicas-de-fidelizacion-de-clientes-para-aumentar-las-ventas.html. Consultado en Febrero 2012.

[75] Suarez G. La AF que sale de la botica ensalza al farmacéutico y fideliza al paciente. Correo farmacéutico 3-3-2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/03/03/al-dia/entorno/la-af-que-sale-de-la-botica-ensalza-al-farmaceutico-y-fideliza-al-paciente. Consultado en Febrero 2012.

[76] Departamento Técnico Fundación Pharmaceutical Care España. La farmacia al servicio del paciente: Necesidad de cambio. De la teoría a la práctica. Jornada X aniversario. Disponible en http://www.azfarmacia.com/_mshost701751/content/resources/media/Necesidad_de_cambio. Consultado en 2011.

[77] Departamento Técnico Correo Farmacéutico. Oxígeno europeo para una farmacia española que se asfixia. Anuario 2011. Especial Correo farmacéutico. Quincenal del 19-12-2011 al 1-1-2012. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2011/12/19/anuario2011.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[78] García Del Río R. Diferenciarse, clave para sobrevivir a la crisis. Correo farmacéutico 11-10-2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/11/al-dia/el-periscopio/diferenciarse-clave-para-sobrevivir-a-la-crisis. Consultado en Febrero 2012.

[79] Departamento Técnico Grupo MENSOR. Servicios de salud. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años". Diciembre 2010. Disponible en: http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/661211E31D24FC5FC125781F0034826B/$File/MENSOR_Enero2011.pdf?OpenElement. Consultado en Febrero 2012.

[80] Gestión Práctica de la oficina de farmacia. Especial correo farmacéutico. Del 6 al 12 de Julio del 2009. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2009/07/VIII_aniversario.pdf. Consultado en Febrero 2012.

[81] Departamento Técnico Portalfarma. El farmacéutico es el profesional farmacéutico mejor valorado. Estudio realizado por Sigma dos para APROAFA. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Carga/REVISTAS/REVISTAS%20DEL%20CONSEJO%20GENERAL/FARMAC%C3%89UTICOS%20N%C2%BA%20256%20OCTUBRE-2001/reportaje_farma.pdf . Consultado en Febrero 2012.

[82] Departamento Técnico Correo farmacéutico. La iniciativa de los farmacéuticos ofrece más servicios que los concertados. Publicación 14-3-2011. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2011/03/14/al-dia/profesion/la-iniciativa-de-los-farmaceuticos-ofrece-mas-servicios-que-los-concertados. Consultado en Febrero 2012.

[83] Rosinach Bonet J, García-Jiménez E. Seguimiento farmacoterapéutico desde una farmacia comunitaria en pacientes hipertensos no controlados. Farm Com; 2010;2(1):6-9.

[84] Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, Galán-Ceballos JA, Jiménez-Martín J, Faus MJ. Effectiveness of Dader Method for pharmaceutical care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized controlled trial. J Manag Care Pharm. 2012;18(4): 311-23.

[85] Rodríguez Chamorro MA, García- Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez Martínez F, Faus Dader MJ, Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Aten Prim. 2011;43:245-53.

[86] Ruíz García E. Receta electrónica y adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en pacientes dislipémicos. Estudio ADREDIS. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Junio 2011. Disponible en: http://www.melpopharma.com/descargas/tesis/esteban-ruiz-garcia.pdf. Consultado el 7-9-2012.

[87] Test de Fargerstrom. Disponible en http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/Test_de_Fagerstr%C3%B6. Consultado el 8-2-2010.

[88] Test de Richmond. Disponible en http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/Test_de_Richmond. Consultado el 8-2-2010.

[89] FPS. Encuesta sobre satisfacción del paciente. Disponible en http://www.pdesalud.com.ar/form_enc.htm. Consultado el 14-7-2010.

[90] Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguim Farmacoterap 2005; 3: 205-212.

[91] Moliner de la Puente JR, Domínguez Sardiña M, González Paradela MC, Alfaro Alonso G, Crespo Sabarís J, Rodríguez Fernández M, Pérez García M, Castiñeiras Pérez MC. Toma de presión arterial. Instrumentos de medida. Disponible en http://www.fisterra.com/material/tecnicas/hta/tomaTA.asp . Consultado el 16-3-2010.

[92] De Backer G, Dominiczak A , Cifkova R , Fagard R , Germano G , Grassi G, Heagerty AV , Kjeldsen SE , Laurent S, Narkiewicz K , Ruilope L , Rynkiewicz A , Schmieder RE , Boudier HAJS , Zanchetti A. Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Journ of Hyperten 2007; 25 (6).

[93] Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). Rev Esp Cardiol. 2013;66:842-7.

[94] Carbajal H. Evaluación clínica del hipertenso. Disponible en http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/evaluacion_hipertenso.pdf. Consultado el 12-2-2010.

[95] Departamento técnico. Manual OMRON BF306. Disponible en http://www.peroxidosfarmaceuticos.com/files/docs/public/folleto%20BF-306.pdf. Consultado el 26-3-2010.

[96] Ministerio de Sanidad y Consumo. Campaña Sanitaria el alcohol y tú ¿Limitas o te limita? .Disponible en http://www.pdsweb.org/alcoholytu/Html/bebidaestandar.asp. Consultado el 27-3-2010.

[97] Wikipedia. Grado de fidelización. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Fidelizaci%C3%B3n. Consultado el 22-7-2010.

[98] Pilger D. Estudio aleatorio controlado en farmacias comunitarias de Portugal: Intervención farmacéutica a pacientes diabéticos. Tesis doctoral Universidad de Granada 2009. Disponible en: http://hera.ugr.es/tesisugr/17850228.pdf. Consultado el 3-9-2012.

[99] Álvarez de Toledo F, Arcos González P, Eyaralar Riera T, Abal F, Dago A, Cabiedes L et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). Rev Esp Salu Pub 2001; 75(4): 375-388.

[100] Bofí Martínez P, García-Jiménez E. Influencia de los servicios de atención farmacéutica sobre los factores de riesgo cardiovascular, fidelización y satisfacción de los pacientes en la farmacia comunitaria (Proyecto FISFTES). Farm Com 2014; 6(2):11-19.

[101] Molina moya ML, García Jiménez E. Efecto de la Intervención Farmacéutica sobre los valores de Presión Arterial de Pacientes en una farmacia de la Comunidad Valenciana. Diploma de estudios avanzados. Universidad de Granada. Junio 2008. Disponible en: http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Marisa_Molina_Moya.pdf. Consultado el 4-9-2012.

[102] Sabater Hernández D, Amariles Muñoz P, García Corpas JP. Cómo mejorar su salud cardiovascular. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) Universidad de Granada. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/rcv%20def%20ESPAOL.pdf. Consultado el 15-12-2012.

[103] González B. Factores de riesgo tradicionales de enfermedad cardiovascular. Disponible en: http://cardiologiadepanama.org/opinion/factores-de-riesgo-tradicionales-de-enfermedad-cardiovascular/. Consultado el 15-12-2012.

[104] Departamento Técnico Web Consultas. Las enfermedades cardiovasculares afectan más a las mujeres. Noticias de salud 25-10-2011. Disponible en: http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/infarto-de-miocardio/las-enfermedades-cardiovasculares-afectan-mas-las-mujeres-5606. Consultado el 15-12-2012.

[105] Texas Heart Institute. Centro de información cardiovascular. Las mujeres y la enfermedad cardiovascular. Disponible en: http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/women_sp.cfm. Consultado el 9-12-2012.

[106] Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9(1): 64-75.

[107] Luquez H, Madoery RJ, De Loredo L, Lombardelli S, Capra R, Zelaya H. Prevalencia de hipertension arterial y factores de riesgo asociados. Estudio DEAN FUNES (Provincia de Cordoba - Argentina). Rev Fed Arg Cardiol; 1999 28: 93-104.

[108] Alberto Paterno C. Factores de riesgo coronario en la adolescencia (Estudio FRICELA). Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 452-8.

[109] Alfonzo Guerra JP. Efecto del control de la presión arterial sobre los niveles de riesgo y las variaciones de la enfermedad. Medicina familiar y comunitaria. Bsv cuba. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0medicina--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-------0-1l--11-1l-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&c=medicina&cl=CL2.2&d=HASH0180a39b325418eb0f5e615a.14.3. Consultado el 15-12-2012.

[110] Doval HC. Más allá de la prevención cardiovascular. En el camino hacia la promoción de la salud. Rev Arg Card; 77(4): 335-341.

[111] Repilado Grillo F. Seguimiento y control de pérdida de peso en una farmacia comunitaria. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid. 2012. Disponible en: http://eprints.ucm.es/15191/1/T33744.pdf. Consultado el 4-9-2012.

[112] Mingorance Mingorance MC, García- Jiménez E. Adherencia y conocimiento del tratamiento en pacientes hipotiroideos desde una farmacia comunitaria en Sevilla. Estudio Piloto. Aten Prim. 2012;44(9):563-5.

[113] Departamento Técnico Blognutricion.com. Es necesario tener grasa en el organismo. Disponible en: http://blognutricion.com/2010/08/12/es-necesario-tener-grasa-en-el-organismo/. Consultado el 15-12-2012.

[114] González C. Ojo con el porcentaje de grasa. Disponible en: http://www.puntovital.cl/en/forma/porcentaje_grasa.htm. Consultado el 15-12-2012.

[115] Revollo C. Bajar de peso y quemar grasa de la barriga saludablemente. Disponible en: http://adelgazarte.net/categoria/alimentos-para-quemar-grasa#ixzz2EZVIiOnD. Consultado el 15-12-2012.

[116] Rosemir Pelá I, García de Andrade RC. Seguimiento farmacoterapéutico y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes diabéticos tipo 2. Seguim Farmacoterap. 2005; 3 (2): 112-122.

[117] Lazo Y, Lores D. Impacto de un servicio de seguimiento farmacoterapéutico implementado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Farm 2011; 45 (2): 235-243.

[118] Castillo García E, De Haro Pérez EM, López Castellano AC. Implantación de un programa de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes tipo 2 en una farmacia comunitaria. OFIL 2008;18(3):43-54 .

[119] Solí F, Medina E, Mautalen C. Determinación de la pérdida de grasa total compartimental por densitometría corporal total mediante una dieta deficitaria en calorías. Disponible en: http://www.centrodeosteopatias.com.ar/20060408.php. Consultado el 9-12-2012.

[120] Balkau B. Estudio IDEA: El perímetro de cintura se relaciona con enfermedades cardiovasculares y diabetes. Publicación estarbien.com 24-10-2007. Disponible en: http://www.estarbien.com/estarbien/articulo.aspx?idart=305035&idcat=547&tipo=2. Consultado el 9-12-2012.

[121] Sanmartin N. El perímetro de la cintura aumenta el riesgo coronario. Disponible en: http://www.cincodias.com/articulo/sentidos/perimetro-cintura-aumenta-riesgo-coronario/20050922cdscdicst_5/. Consultado el: 9-12-2012.

[122] Departamento técnico. Nota de prensa Fundación Española del Corazón 19-9-2011. La medida del perímetro abdominal es un indicador de enfermedad cardiovascular más fiable que el IMC. Disponible en: http://www.fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2264-medida-perimetro-abdominal-es-indicador-enfermedad-cardiovascular-mas-fiable-imc-.html. Consultado el 10-12-2012.

[123] Fanghanel G, Sánchez- Reyes L, Félix- García L, Violante- Ortiz R, Campos- Franco E, Alcocer LA. Impacto de la disminución del perímetro de la cintura en el riesgo cardiovascular de pacientes obesos sujetos a tratamiento. Cir Cir 2011;79:175-181.

[124] Malluk Marenco C. Factores de riesgo de enfermedad relacionados con los indicadores antropométricos, cardiovasculares y funcionales. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos87/factores-riesgo-relacionados-indicadores/factores-riesgo-relacionados-indicadores.shtml. Consultado el 10-12-2012.

[125] Departamento Técnico Instituto Tomás Pascual Sanz. Reportaje 26-10-2007. Disponible en: http://www.institutotomaspascualsanz.com/reportajes/por-que-es-importante-el-perimetro-de-la-cintura/. Consultado el 14-1-2013.

[126] Pischon T, Boeing H, Hoffman K, Bergmann M, Schulze B. et.al. Adiposidad general y abdominal, y riesgo de muerte en Europa. Disponible en: New Eng Journ Of Med 2008; 359 (20): 2105-2120.

[127] Escarrá E. Índice cintura- cadera ¿Llevas una vida saludable? Disponible en: http://www.zitre.com/es/magazine/general/indice-cintura-cadera-%C2%BFllevas-una-vida-saludable. Consultado el: Consultado el 10-12-2012.

[128] Departamento Técnico Intramed. El 91% de los médicos de AP españoles desconocen la medida de la cintura a partir de la cual existe riesgo cardiovascular. Noticias 25-9-2005. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=37113. Consultado el 16-12-2012.

[129] Pontes Y, Sánchez JL, Martín A, González A, Magro MC, Molinero A. Evaluación de las intervenciones en pacientes con sobrepeso desde la farmacia comunitaria. Farm Com. 2012; 4(1):107. O39.

[130] Departamento Técnico La Vanguardia.es. La pérdida de peso reduce la presión arterial en obesos y la diabetes e hiperlipemia en pacientes pluripatológicos. Publicación 6-1-2012. Disponible en: http://noticias.terra.es/2012/local/sevilla/0106/actualidad/la-perdida-de-peso-reduce-la-presion-arterial-en-obesos-y-la-diabetes-e-hiperlipemia-en-pacientes-pluripatologicos.aspx. Consultado el 12-12-2012.

[131] Richardson DW, Vinik AI. Metabolic Implications of Obesity: Before and After Gastric Bypass. Gastroenterology Clinics of North America 2005; 34(1):9-24.

[132] Montero JC, Cúneo A, Facchini M, Bressan J. Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. An Sis San Navarra (Suplementos) 2002, 25 (1): 175-186.

[133] Flores L. El beneficio de una modesta pérdida de peso en pacientes con diabetes tipo 2. Disponible en: http://www.forumclinic.org/es/obesidad/noticias/el-beneficio-de-una-modesta-perdida-de-peso-en-pacientes-con-diabetes-tipo-2 Consultado el 12-12-2012.

[134] Serra Majem LL, Montoya-Alonso JA, Molina Cabrillana J, Bautista Castaño I. Factores de riesgo cardiovascular en el sobrepeso y la obesidad. Variaciones tras tratamiento de pérdida ponderal. Med Clín 2003; 121(13): 485-491).

[135] Pruja Mach D, García-Jiménez E, Riera Baigorri C, Fonts Serra N. Uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento hipolipemiante en una Farmacia de Girona. Comunicación III Congreso Nacional SEFAC. Disponible en: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_content&task=view&id=216&Itemid=118. Consultado el 16-12-2012.

[136] Busquets A, Camps Soler A, García-Jiménez E, Ruiz E. Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a farmacias rurales de Girona y Almería. Pharm Care Esp 2010;12(3):110-117.

[137] González A. El 50% de los enfermos crónicos incumple el tratamiento. Disponible en: http://www.isanidad.es/sociedades.aspx?Id=6808. Consultado el 17-12-2012.

[138] Departamento Técnico Club del hipertenso. La mitad de los pacientes hipertensos abandona el tratamiento durante el primer año. Sala de Prensa 9-3-2010. Disponible en: http://www.clubdelhipertenso.es/index.php/sala-de-prensa/1-notas-de-prensa/114-noticia-de-prueba-4. Consultado el 17-12-2012.

[139] Rua F. Conclusiones del Programa D valor: El 43 por ciento de los pacientes tiene carencias significativas de información sobre sus fármacos. Disponible en: http://blogs.sefac.org/rincon-linimento/conclusiones-del-programa-d-valor?destination=node/85. Consultado el 17-12-2012.

[140] Departamento Técnico Portalfarma. 250 farmacias evaluarán el impacto económico y en la salud del servicio de seguimiento farmacoterapéutico a 2500 mayores polimedicados. Proyecto ConSIGUE. Nota de Prensa 29-5-2012. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/Notas-de-prensa/Paginas/proyecto-consigue-seguimiento-farmacoterapeutico.aspx. Consultado en Enero 2013.

[141] Rabanal Tornero M, Pàez Vives F, Mateo del Pozo F, Perís Montserrat M, Garrido García I, Recha Sancho R, Hernández Jover T, Gaspar Caro MJ, Rams Pla N. Resultados del programa de seguimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria en las provincias de Tarragona y Lleida. Disponible en: http://www.higiacomunidad.es/blog/resultados-del-programa-de-seguimiento-farmacoterapeutico-desde-la-farmacia-comunitaria-en-las-provi. Consultado el 11-12-2012

[142] Luque Otero M. Detección precoz de la hipertensión arterial: ¿hay un lugar para las oficinas de farmacia. Hiperten 2002;19(7):297-8.

[143] Arias JL, Linares Molinero F, Santamaría López JM. Detección de posibles diabéticos no diagnosticados en una farmacia comunitaria. Ars Pharm 2007; 48 (2): 187-200.

[144] Bueno I. Menopausia: medir el colesterol en botica ayuda a detectar el riesgo CV. Correo farmacéutico 30-11-2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/11/30/al-dia/entorno/menopausia-medir-el-colesterol-en-botica-ayuda-a-detectar-el-riesgo-cv. Consultado el 12-12-2012.

[145] Herráez M, Berengena P. Más de 3 millones de Españoles sufren hipertensión arterial pero no están diagnosticados. Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. Gabinete de prensa SEH-LELHA 9-10-2008. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/prensa/91008DiaNacionalHTA.pdf. Consultado el 12-12-2012.

[146] Llisterri JL, Díaz A y Barrios V. La hipercolesterolemia, un factor de riesgo cardiovascular infravalorado que afecta a casi la mitad de la población adulta española. Disponible en: http://es.paperblog.com/la-hipercolesterolemia-un-factor-de-riesgo-cardiovascular-infravalorado-que-afecta-a-casi-la-mitad-de-la-poblacion-adulta-espanola-856332/. Consultado el 12-12-2012.

[147] Departamento Técnico Salud.ideal.es. Medio millón y medio de Españoles no saben que son diabéticos. J.AM/COLPISA . Disponible en: http://salud.ideal.es/actualidad/1045-millon-y-medio-de-espanoles-no-saben-que-son-diabeticos.html. Consultado el 12-12-2012.

[148] Vicent Arnau, V. Bajar el colesterol con Ejercicio Físico. Disponible en: http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=1801. Consultado el 13-12-2012.

[149] Prada Pérez A. Corazón, salud y ejercicio. Edusport. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Disponible en: http://recursos.cnice.mec.es/edfisica/publico/articulos/articulo8/articulo_8.php. Consultado el 14-12-2012.

[150] Agramontes Pereira S, Gutiérrez Aguilera O, Cordovés Sagás R y González Polledo U. Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Invest Biomed 1998; 17(3):214-21.

[151] García Delgado JA, Pérez Coronel PL, Chí Arcia J, Martínez Torrez J, Pedroso Morales I. Efectos terapéuticos del ejercicio físico en la hipertensión arterial. Rev cubana med 2008; 47 (3).

[152] Núñez Gil E. Alcohol y mortalidad en enfermos cardiovasculares. Sociedad Española de Cardiología. Disponible en: http://www.secardiologia.es/practica-clinica-investigacion/blog-cardiologia-hoy/jacc-journal-american-college-cardiology/2427-alcohol-mortalidad-enfermos-cardiovasculares. Consultado el 14-12-2012.

[153] Rayo Llerena I, Marín Huerta E. Vino y corazón. Rev Esp Cardiol 1998;51: 435-49.

[154] Fundación de Investigaciones Sociales. Alcohol-Infórmate. Disponible en: http://www.alcoholinformate.org.mx/saborsaber.cfm?articulo=278. Consultado el 14-12-2012.

[155] Portalatín BG. Reducir la tensión arterial con vino tinto sin alcohol. Disponible en: http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/09/06/corazon/1346955242.html. Consultado el 14-12-2012.

[156] Gottau G. Alimentos ricos en polifenoles. Disponible en: http://www.vitonica.com/alimentos-funcionales/alimentos-ricos-en-polifenoles. Consultado el 14-12-2012.

[157] Barbero González JA, Quintas Rodríguez AM, Camacho JE. Deshabituación tabáquica desde la farmacia comunitaria. Aten Prim. 2000; 26 (10): 693-696.

[158] Trilleros J. Programa de deshabituación tabáquica en la oficina de farmacia de Juan Alonso nº 6. Disponible en: http://licenciadojuantrilleros.blogspot.com.es/2006/01/programa-de-deshabituacin-tabquica.html. Consultado el 6-9-2012.

[159] Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del Seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Seguim farmacoter. 2004; 2(3):189-194.

[160] Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Prim. 2005;36(3):129-36.

[161] Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. Seguim Farmacoter 2003; 1(3): 99-104.

[162] Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharm, 2001; 42 (1): 53-65.

[163] Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Ars Pharm, 2003; 44(3); 225-237.

[164] III Jornadas Farmacéuticas Sevillanas. El seguimiento farmacoterapéutico resuelve el 70% de los casos de PRM. Disponible en: http://www.consoft.es/noticias/news_text.asp?id=33674. Consultado el 14-12-2012.

[165] De Miguel E. Resultados clínicos que estamos obteniendo con el seguimiento farmacoterapéutico. Seguim Farmacoter 2004; 3(1): 5-10.

[166] Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Programa Dáder en Argentina: Resultados del primer trimestre de actividades. Pharm Care España 2001;3:196-203.

[167] Flores L, Segura C, Quesada MS, Hall V. Seguimiento Farmacoterapéutico con el Método Dáder en un grupo de pacientes con hipertensión arterial. Seguim Farmacoter 2005; 3(3): 154-157.

[168] Ayala LK, Condezo K, Juárez JR. Impacto del seguimiento farmacoterapéutico en la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con hipertensión arterial. Cienci e Invest 2010; 13(2): 77-80.

[169] Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A. Incumplimiento terapéutico en pacientes en seguimiento farmacoterapeutico mediante el método Dáder en dos farmacias rurales. Comunicaciones. Seguim Farmacoter 2004; 3 (1): 24-43.

[170] Blog Inditar. Fidelización en farmacias o cómo lograr la confianza de sus pacientes por excelencia. Disponible en: http://www.ideatarjetas.es/tarjetas-de-fidelizacion-en-farmacias/. Consultado el 15-12-2012.

[171] Departamento Técnico Anis (informadores de la salud) Fidelizar al paciente, clave para la sostenibilidad de la farmacia. Infarma 2012. Disponible en: http://elfarmaceutico.es/cronicas/item/1768-fidelizar-al-paciente-clave-para-la-sostenibilidad-de-la-farmacia-.html. Consultado el 15-12-2012.

[172] Departamento Técnico Fidelización.es. Fidelización de clientes en farmacias. Disponible en: http://www.fidelizacion.es/index.php/fidelizacion/clientes/fidelizacion-de-clientes-en-farmacias/. Consultado el 15-12-2012.

[173] Departamento Técnico Adefarma Gestión. Cómo fidelizar a los clientes de farmacia. Una cuestión de emociones. Disponible en: http://www.adefarma.es/FIDELIZAR%20CLIENTES%20DE%20FARMACIA.pdf. Consultado el 15-12-2012.

[174] Boletín Oficial del Estado. BOE. NUM 151. 24 Junio 2000. Real Decreto Ley 5/ 2000. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2000/06/24/pdfs/A22438-22440.pdf. Consultado en Marzo 2013.

[175] Boletín Oficial del Estado. Sec. I. Pág. 28989. 27 Marzo 2010. Real Decreto-ley 4/2010. Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Plataforma/archivos/910/Real_decreto_ley_4_2010.pdf. Consultado en Marzo 2013.

[176] Boletín Oficial del estado. Sec. I. Pág. 93143. 20 Agosto 2011. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf. Consultado en Marzo 2013.

[177] Boletín Oficial del Estado. Sec. I. Pág. 31278. 24 Abril 2012. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf. Consultado en Marzo 2013.

[178] Departamento Técnico El Global. El seguimiento farmacoterapéutico de pacientes polimedicados ahorraría al País Vasco entre 25 y 50 millones al año. Publicación 18-7-2012 Disponible en: http://www.elglobal.net/elglobal/articulo.aspx?idart=641526&idcat=784&tipo=2. Consultado el 11-12-2012.

[179] Montaner Valencia R. Sanidad excluye la medicación del colesterol por debajo de 320 si no existe riesgo cardiovascular. Periódico Levante-EMC. 8 Agosto 2012. Disponible en: http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2012/08/08/sanidad-excluye-medicacion-colesterol-debajo-320-existe-riesgo-cardiovascular/926914.html. Consultado en Marzo 2013.

[180] Attilio Rigotti R, Antonio Arteaga Ll, Alberto Maíz G. Terapia hipolipemiante intensiva en el manejo del riesgo cardiovascular ateroesclerótico. Rev Méd Chile 2006; 134: 641-648.

[181] Machuca M. Reflexiones profesionales a principios de año. Blog 16 Enero 2013. Disponible en: http://manuelmachuca.wordpress.com/category/optimizacion-de-la-farmacoterapia/. Consultado en Marzo 2013.

[182] Lamotte M, Piñol C, Brotons C, Annemans L, Guardiola E, Evers T, Kubin M. Evaluación económica del tratamiento con ácido acetilsalicílico en dosis bajas en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2006;59(8):807-15.

[183] US Preventive Services Task Force (USPSTF). El ácido acetilsalicílico a dosis bajas es determinante para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2009/03/el-acido-acetilsalicilico-dosis-bajas.html. Consultado el 11-12-2012.

[184] Departamento Técnico Soitu.es. El CSIF dice que los médicos disponen sólo de 2,5 minutos de media para atender a los pacientes. Disponible en: http://www.soitu.es/soitu/2008/01/21/info/1200941776_239056.html. Consultado en Marzo 2013.

[185] Estudio de Satisfacción del Usuario de la Oficina de Farmacia en Zaragoza. Motio Consultores y Cámara Zaragoza. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/11_Consumo/07_Observatorio_Consumo/Estudios/SANIDAD/informe_camara_comercio_zaragoza_Farmacia_zaragoza.pdf. Consultado el 7-9-2012.

[186] Rodríguez Chamorro MA, Rodríguez Chamorro A, García Jiménez E. Conocimiento y satisfacción por el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes incluidos en el programa Dáder en dos farmacias rurales. Seguim Farmacoter 2004; 2(4): 286-290.

10. ANEXOS

Anexo 1

MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Código del protocolo: FISFTES	**Fecha de la versión:** 2010
Investigador principal (*Incluir nombre, servicio y forma de localizarle)*: Patricia Bofí Martínez. Farmacia Mª Carmen Martínez Castelló, C/Taona 9 (Playa de Miramar, Valencia). Tfno: 962818050	
CENTRO: Farmacia Mª Carmen Martínez Castelló (Playa de Miramar)	

Título del estudio: "Evaluación de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, su fidelización, costes y satisfacción en farmacia comunitaria. Estudio FISFTES-PM

1. INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario la Fe de Valencia.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su farmacéutico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El objetivo que se pretende conseguir con este proyecto es evaluar la efectividad del Seguimiento Farmacoterapéutico basado en el método Dáder, en el logro de

los objetivos terapéuticos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a la farmacia de la playa de Miramar (Valencia).

Para ello se le realizará una entrevista en la que se le preguntará por la medicación que retira con receta médica (desde cuándo, para que lo toma), los problemas de salud que refiere y sobre conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular. Al tiempo se le tomarán medidas de presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, talla, IMC, % de grasa corporal, perímetro de la cintura, colesterol total, triglicéridos y glucosa basal.

A partir de ese momento, a usted puede que:

a. Se le haga un estudio con todos esos datos y se le entregará información oral y escrita sobre factores de riesgo cardiovascular y la importancia de cumplir con las recomendaciones médicas. Además, debe regresar a la farmacia para medir nuevamente los valores antes citados a los 3 y 6 meses.

b. Además de lo expuesto en el apartado anterior, se le realice seguimiento farmacoterapéutico durante 6 meses, con el objetivo básico de optimizar los resultados del uso de su tratamiento, con visitas a los 0, 3 y 6 meses. A lo largo de estos 6 meses de seguimiento deberá informar al farmacéutico de cualquier cambio en su medicación o cualquier problema de salud o problemas con la medicación que puedan surgir en este periodo.

Usted será asignado a uno u otro grupo según una tabla de números aleatorios. El número total de pacientes que participen en el estudio será de 200.

Además el farmacéutico le pedirá que rellene unos cuestionarios anónimos, al principio y al final del estudio, con tal de medir el grado de satisfacción de los pacientes sobre los servicios recibidos.

Su participación es totalmente voluntaria y se podrá retirar del estudio cuando lo desee, sin que esto repercuta en su atención habitual en la farmacia.

El farmacéutico le dará toda la información que desee y le resolverá las dudas que tenga sobre su enfermedad y medicación.

La información que nos suministre y obtengamos será confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún informe de este estudio.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Se pretende mejorar de forma personalizada los factores de riesgo cardiovascular de cada paciente.

A los pacientes participantes en el estudio se les realizará mediciones de Presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, índice de masa corporal (IMC), índice cintura-cadera (ICC), Índice cintura- altura (ICA), colesterol total, triglicéridos y glucosa basal, de forma gratuita a los 0, 3 y 6 meses. Además el farmacéutico proporcionará educación sanitaria individualizada para cada paciente sobre hábitos de vida saludables para una buena salud cardiovascular y le aconsejará los cambios higiénico-dietéticos oportunos.

Además, a los pacientes del grupo intervención se les realizará Seguimiento Farmacoterapéutico durante 6 meses con el objetivo de optimizar los resultados de su farmacoterapia.

En caso de pacientes con un IMC en el escalón del sobrepeso u obesidad se le ofrecerá la oportunidad de seguir una dieta personalizada bajo la supervisión de una dietista.

En el caso de pacientes fumadores se les ofrecerá la oportunidad de seguir un plan personalizado de deshabituación tabáquica.

Se les entregará documentación escrita (calendario, folleto tabaco) que les recuerde los hábitos higiénico- dietéticos que deben seguir.

El trabajo pretende en último término poder medir si la educación sanitaria y el Seguimiento Farmacoterapéutico contribuyen a mejorar los factores de riesgo cardiovascular, así como la fidelización de pacientes a la oficina de farmacia.

5. Nº DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con la farmacéutica del estudio Dª. Patricia Bofí Martínez en el número de teléfono 962818050.

6. CONFIDENCIALIDAD*:*

Los datos serán registrados a nivel informático por la farmacéutica Patricia Bofí Martínez. Los datos serán disociados, con tal de que nadie pueda relacionar los datos que nos proporcione con su nombre.

La información que nos suministre y obtengamos será confidencial. Su nombre no aparecerá en ningún informe de este estudio. Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio, cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos y farmacéuticos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13

de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su farmacéutico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al farmacéutico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

7. **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:**

Cualquier nueva información referente a los fármacos utilizados en el estudio que se descubra durante su participación y que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, le será comunicada por su farmacéutico lo antes posible.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del mismo lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca por la mediación en estudio o porque consideren que usted no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo por el que se ha decidido su retirada del estudio.

El promotor podrá suspender el estudio siempre y cuando sea por alguno de los supuestos contemplados en el Real Decreto.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto. Cuando acabe su participación seguirá recibiendo la atención farmacéutica que necesite en cada momento.

MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: "Evaluación de los servicios de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, su fidelización, costes y satisfacción en farmacia comunitaria. Estudio FISFTES-PM"

Yo, ... *(nombre y apellidos).*

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: ..... *(nombre del Investigador)*

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante Firma del Investigador

Nombre: Nombre:

Fecha: Fecha:

Anexo 2: TABLA DE NÚMEROS ALEATORIOS. ASIGNACIÓN DE PACIENTES A GRUPO CONTROL (GES) O GRUPO INTERVENCIÓN (GSFT).

1- Se estratificará a los pacientes según las variables que influyen o pueden influir en los resultados:
   - Sexo: en dos estratos (hombre o mujer).
   - Número de medicamentos: En 6 estratos (1-2; 3-4; 5-6; 7-8; 9-10; +10).

2- Se asignará a los pacientes de forma aleatoria a dos grupos según la tabla de números aleatorios de cada estrato:
   - Cifra par: Grupo AB (es decir, primero SPD (intervención) y después a EPS).
   - Cifra impar: Grupo BA (es decir primero EPS (control) y después a SPD).

3- Números aleatorios para cada estrato:

1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8- 7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5

La tabla de números aleatorios que se utilizará será la siguiente:

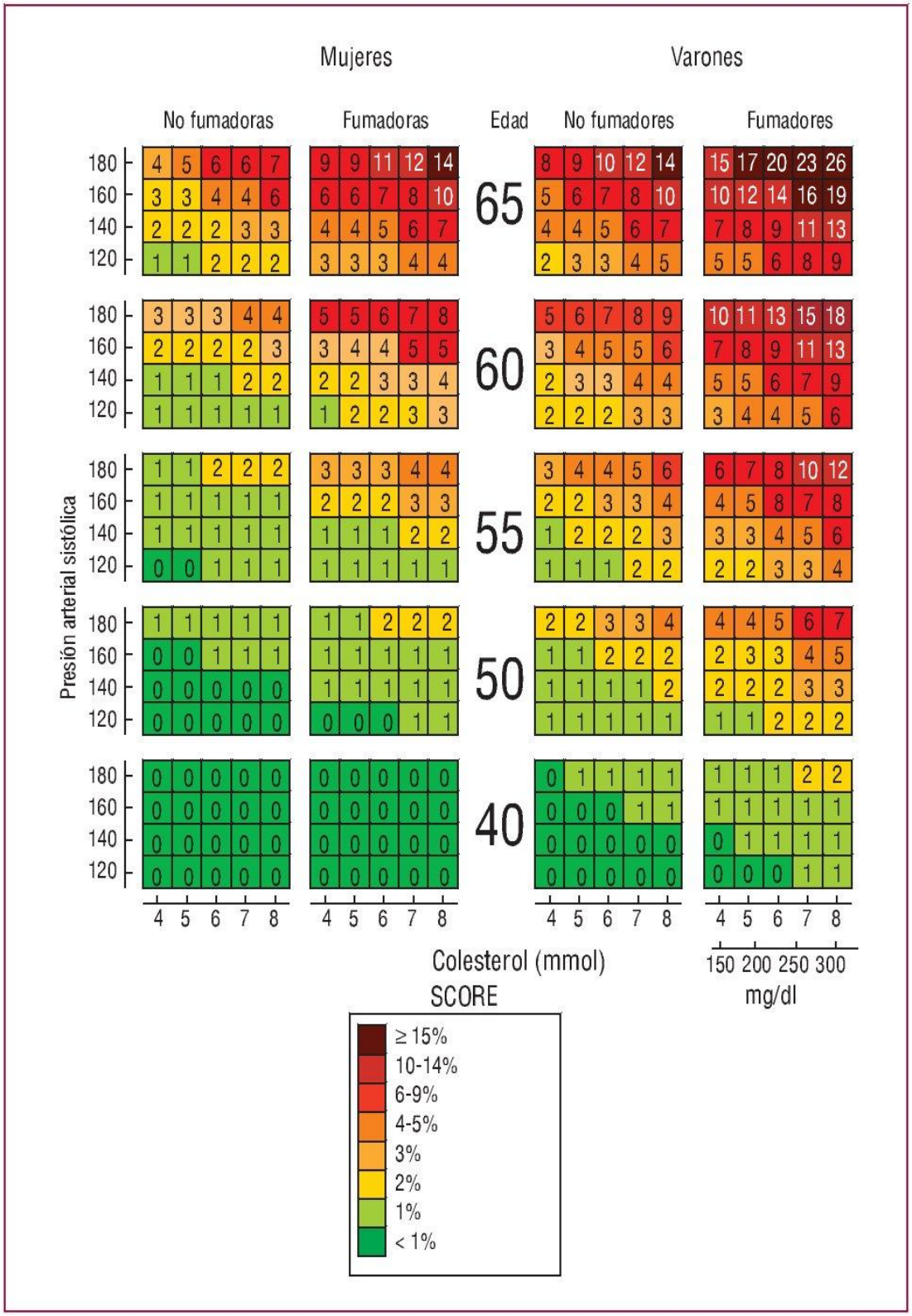
Género	N°Mtos	Estrato	N° Caso (Grupo Asignado)	Regla Par (AB) – Impar (BA)
Hombre	1-2	1		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	3-4	2		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	5-6	3		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	7-8	4		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	9-10	5		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	+ 10	6		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
Mujer	1-2	7		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	3-4	8		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	5-6	9		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	7-8	10		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	9-10	11		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5
	+10	12		1-7-0-7-9-6-2-3-7-1-3-9-0-8-9-7-5-6-8-8-7-4-5-4-6-4-5-4-8-5-2-6-5-1-3-7-5-7-4-5

Ejemplo: señor con 4 medicamentos:

*Estaría en el Estrato 2. El primer número aleatorio sería el 1, como es impar, este señor iría al Grupo B (control) y el siguiente señor que entre en el estrato 2, iría al Grupo A (intervención).

Automáticamente ya se tacharía el número aleatorio 1….

Anexo 3: Tabla SCORE



Riesgo a 10 años de ECV fatal en poblaciones con bajo riesgo de ECV, según los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total.

Tabla de riesgo relativo:

Presión arterial sistólica (mmHg)	No fumador					Fumador				
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

Colesterol (mmol)

Anexo 4: Breve Cuestionario de Medicación (BMQ)

1.Por favor, enumere todos los medicamentos que tomó la semana pasada. Para cada medicamento enumerado, por favor responda a las siguientes preguntas (a-g).

a. Nombre del medicamento.
b. ¿Cuántos días lo tomó usted?
c. ¿Cuántas veces al día lo tomó?
d. ¿Cuántas pastillas tomó cada vez?
e. ¿Cuántas veces dejó de tomar una pastilla?
f. ¿Por qué razón la tomaba usted?
g. ¿Cómo le funcionan los medicamentos? (1= bien, 2=normal, 3=mal)

a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)

2. ¿Le molesta de algún modo alguno de sus medicamentos? SÍ_____NO_____

a. SI RESPONDE SÍ, por favor indique debajo el nombre del medicamento y cuánto le molesta.

	¿Cuánto le molesta?				
Medicamento	Mucho	Algo	Un poco	Nada	¿De qué modo le molesta?

3. Debajo hay una lista de problemas que la gente puede tener a veces con sus medicamentos. Por favor, indique como le afecta cada uno de los siguientes:

	Mucho	Algo	Nada	¿Qué medicamento?
a. Abrir o cerrar el bote de medicamentos				
b. Leer la letra impresa en el bote.				
c. Recordar tomar todas las pastillas.				
d. Conseguir sus medicamentos a tiempo.				
e. Tomar tantas pastillas al mismo tiempo				

PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DEL TEST BMQ

Análisis del régimen (preguntas 1a-1e).

- ¿El paciente falló en identificar su medicación en la pregunta inicial?.....1= sí 0= no
- ¿El paciente paró o interrumpió la terapia debido a una reposición tardía de la medicación o alguna otra razón? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente relató alguna omisión de día o de dosis? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente diminuyó la cantidad prescrita por dosis? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente tomó alguna dosis suplementaria o más medicación de la prescrita? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente respondió "no sé" a alguna pregunta? .....1= sí 0= no
- ¿El paciente rechazó contestar a alguna pregunta? ..... 1= sí 0= no

NOTA: Resultados ≥ 1 indican potencial incumplimiento.

Análisis de creencias (preguntas 1g y 2-2a).

- ¿El paciente contestó "mal" o "no sé" en respuesta a la pregunta 1g? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente indicó el nombre de algún medicamento que le molestara? ..... 1= sí 0= no

NOTA: Resultados ≥ 1 indican posibles barreras en las creencias.

Análisis de memoria (preguntas 1c y 3c).

- ¿El paciente recibe un régimen múltiple de dosis (2 o más veces al día)? ..... 1= sí 0= no
- ¿El paciente respondió "mucho" o "algo" en la pregunta 3c? ..... 1= sí 0= no
- NOTA: Resultados ≥ 1 indican posibles barreras en la memoria.

Anexo 5.1: Planning campaña antitabaco

A los pacientes incluidos en el estudio que sean fumadores se les planteará la posibilidad de participar en un programa personalizado de deshabituación tabáquica que consistirá en 3 fases:

1- Preparación
2- Dejar de fumar
3- Seguimiento

Fase 1: Preparación

- Se le planteará al paciente la opción de participar en un programa de seguimiento para ayudarle a dejar de fumar. En el caso de que el paciente no quiera dejar de fumar se intentará que disminuya el número de cigarrillos al día y si lo consigue, más adelante se le planteará otra vez la opción de dejar de fumar completamente.
- Se le ofrecerá información oral y escrita sobre los peligros del tabaco y las ventajas de dejar de fumar (Anexo 5.2).
- Se le medirá el grado de dependencia a la nicotina mediante el Test de Fagerström (Anexo 5.3).
- A continuación se le medirá el nivel de motivación para dejar de fumar mediante el Test Richmond (Anexo 5.4).
- Se le ofrecerá al paciente información sobre métodos para dejar de fumar (de forma progresiva, con terapia sustitutiva con nicotina (TSN), Venlafaxina, Bupropión, sólo apoyo psicológico).
- El paciente fijará un día para dejar de fumar o empezar el tratamiento (1 semana – 10 días desde la primera visita).
- Se le entregará la hoja de ejercicios de preparación (Anexo 5.5) y se citará al paciente el día anterior al fijado para dejar de fumar o empezar el tratamiento.
- El día anterior se le dará una tarjeta con información sobre cómo superar el síndrome de abstinencia (Anexo 5.6) y la hoja de registro de "mis días sin humo" (Anexo 5,7) para que el paciente vaya anotando sus logros.

Fase 2: Dejar de fumar

- El primer día el paciente vendrá o llamará a la farmacia al final del día para contarnos cómo le ha ido y las dificultades que ha tenido con tal de solucionarlas
- El paciente rellenará cada día la hoja de registro (Anexo 5.7) y vendrá un día a la semana para controlar la evolución y posibles problemas que puedan surgir.

Tras la primera semana le entregaremos un folleto con la información del Anexo 5.8 donde se da solución a los posibles síntomas del síndrome de abstinencia.

- Mientras el paciente esté en esta fase acudirá semanalmente a la farmacia.

Fase 3: Seguimiento

Cuando el paciente haya conseguido dejar de fumar acudirá mensualmente a la farmacia con tal de evitar recaídas.

Anexo 5.2

¿TE GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR?

¿Sabías que...?

-Un cigarrillo contienen más de 4.000 sustancias químicas, 400 de ellas muy tóxicas, unas 50 cancerígenas y 12 gases tóxicos.

- En España mueren unas 150 personas al día por problemas relacionados con el uso del tabaco, y unos 4 millones de personas al año en el mundo por este problema.

¿Qué ocurre en mi cuerpo cuando me estoy fumando un cigarrillo?

Cuando una persona fuma un cigarrillo, el cuerpo responde inmediatamente a la nicotina aumentando la presión arterial, frecuencia cardíaca, y el flujo de sangre desde el corazón. También provoca que las arterias se estrechen. Además el monóxido de carbono que estamos inhalando reduce la cantidad de oxígeno en la sangre.

¿Qué me puede ocurrir si no me planteo dejar de fumar?

Fumar puede causar enfermedades de pulmón crónicas, enfermedades del corazón y derrames cerebrales, así como cáncer de pulmón, laringe, esófago, boca y vejiga. Además, el consumo de tabaco se sabe que contribuye al cáncer del cuello del útero, páncreas y los riñones.

Beneficios de dejar de fumar

- **20 minutos después de dejar de fumar**, tu presión sanguínea disminuye, tu pulso baja y la temperatura de la sangre en tus manos y pies ha aumentado.
- **2 horas después de dejar de fumar**, se ha reducido la nicotina en tu sistema.
- **8 horas después de dejar de fumar**, el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye y el oxígeno aumenta al nivel normal de un no-fumador. Esta es una de las mejores ventajas de dejar de fumar, debido a que el monóxido de carbono afecta a tus músculos, cerebro y los tejidos.
- **A las 24 horas**, tus probabilidades de un ataque al corazón ya han disminuido.
- **A las 48 horas** tu sentido del olfato ha mejorado y tu paladar cobra vida de nuevo.
- **Pasados de 2 a 4 días**, todos los restos de nicotina han desaparecido de tu cuerpo. Eso significa que no hay una sustancia adictiva física en su cerebro.
- **Entre 2 y 9 semanas después**, tu circulación mejorará, el ejercicio no será tan agotador y tu capacidad pulmonar aumentará.
- **En los primeros 9 meses**, te darás cuenta de que ya no sufres de falta de aire, tos y la congestión nasal o la fatiga han mejorado.
- **Pasado 1 año**, tu riesgo de sufrir enfermedades coronarias es la mitad que la de un fumador.
- **Después de 5 años**, el riesgo de cáncer de pulmón se reduce a la mitad. También tu riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago, vejiga, riñón y páncreas disminuye rápidamente. Y poco a poco estos beneficios para tu salud irán aumentado de forma progresiva, gracias a dejar de fumar.
- **Entre 5 y 15 años**, ya no tendrás mayor riesgo de sufrir un accidente cerebro-vascular que la de cualquier persona que nunca haya fumado.
- **A partir de 10 años** después de dejarlo, tus probabilidades de enfermedad coronaria serán prácticamente las mismas que las de cualquier persona que nunca haya fumado. De hecho, el riesgo de una muerte prematura por todas las causas debidas al tabaco prácticamente desaparecen y vuelves a sentirte como las personas que nunca han fumado.

Anexo 5.3: Test Fagerström. Grado de dependencia a la nicotina

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo? RESULTADO:

- hasta 5 minutos: 3
- de 6 a 30 minutos: 2
- de 31 a 60 minutos: 1
- más de 60 minutos: 0

¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido? RESULTADO:

- sí: 1
- no: 0

¿A qué cigarrillo del día le resulta más difícil renunciar? RESULTADO:

- el primero de la mañana: 1
- cualquier otro: 0

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? RESULTADO:

- menos de 10: 0
- entre 11 y 20: 1
- entre 21 y 30: 2
- más de 30: 3

¿Fuma más por la mañana que durante el resto del día? RESULTADO:

- sí: 1
- no: 0

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? RESULTADO:

- sí: 1
- no: 0

PUNTUACIÓN TOTAL MES 1:	PUNTUACIÓN TOTAL MES 3:	PUNTUACIÓN TOTAL MES 6:

•**Resultado de 0 a 2**: no dependiente a la nicotina.

Puede dejar de fumar sin necesidad de terapia sustitutiva a la nicotina.

Aún así, si está preocupado por el hecho de dejar de fumar o no está seguro de qué terapia sustitutiva puede utilizar, consulte a su médico o farmacéutico.

•**Resultado de 3 a 4**: dependencia baja a la nicotina.

•**Resultado de 5 a 6**: dependencia moderada a la nicotina.

El uso de terapia sustitutiva a la nicotina aumentará las probabilidades de éxito.

Consulte a su médico o farmacéutico para que le ayude a escoger el tratamiento más apropiado para usted.

•**Resultado de 7 a 10**: dependencia alta o muy alta a la nicotina.

Se recomienda utilizar terapia sustitutiva a la nicotina como ayuda a su dependencia. El tratamiento debe usarse a la dosis suficiente y adecuada.

Anexo 5.4: Test de Richmond. Grado de motivación para dejar de fumar

Por favor conteste a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad:

1. **¿Quiere dejar de fumar?**

   Sí (1)
   No (0)

2. **¿Con qué ganas quiere dejarlo?**

   Nada (0)
   Poca (1)
   Bastante (2)
   Mucha (3)

3. **¿Intentará dejarlo en las próximas semanas?**

   No (0)
   Dudoso (1)
   Probable (2)
   Sí(3)

4. **¿Cree que dentro de seis meses no fumará?**

   No (0)
   Dudoso (1)
   Probable (2)
   Sí (3)

PUNTUACIÓN TOTAL MES 1:	PUNTUACIÓN TOTAL MES 3:	PUNTUACIÓN TOTAL MES 6:

Interpretación de resultados:

De 0 a 6 motivación baja

De 7 a 9 motivación moderada

De 10 en adelante motivación alta

Anexo 5.5

PREPARÁNDOME PARA EL DÍA D

MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

(marque con una cruz sus motivos)

- ☐ Para respirar mejor.
- ☐ Para cansarme menos y dejar de toser.
- ☐ Para vivir más años y vivirlos mejor.
- ☐ Para reducir mis posibilidades de sufrir un ataque al corazón, una embolia o algún tipo de cáncer.
- ☐ Para respetar el derecho a la salud de las personas con las que convivo, especialmente: niños, ancianos o personas con problemas de salud.
- ☐ Para recuperar el buen aliento y no ahuyentar a nadie de mi lado.
- ☐ Para que mi ropa no apeste a tabaco.
- ☐ Para disfrutar en mi casa de un ambiente más fresco y limpio.
- ☐ Para no quemar más camisas, pantalones y jerséis.
- ☐ Para recuperar una dentadura blanca y limpia.
- ☐ Para gastarme el dinero en cosas más gratificantes: música, perfumes, libros, cine, teatro, juegos, viajes, vacaciones, etc.
- ☐ Para no tener que pintar la casa cada año.
- ☐ Para librarme de esta horrible esclavitud.
- ☐ Porque yo valgo demasiado como para dejarme machacar por el tabaco.
- ☐ Para evitar el envejecimiento prematuro de mi piel.
- ☐ Para que mi rostro recupere el aspecto de la edad que realmente tengo.
- ☐ Para dar una alegría a mi pareja (y porque así dejará de agobiarme con el tema...).
- ☐ Para ser un buen ejemplo para mis hijos, espero que nunca tengan que pasar por esto

IDENTIFIQUE LAS SITUACIONES EN LAS QUE FUMA

- ☐ Nada más levantarse
- ☐ Cuando estoy con fumadores
- ☐ Cuando alguien me ofrece un cigarrillo
- ☐ Cuando estoy estresado
- ☐ Cuando estoy concentrado
- ☐ Cuando acabo de comer
- ☐ Cuando estoy fuera alternando con gente
- ☐ Cuando llego a casa del trabajo
- ☐ Cuando estoy relajado
- ☐ Cuando estoy aburrido
- ☐ Cuando tomo bebidas alcohólicas
- ☐ Cuando tomo una taza de café o té
- ☐ Cuando me siento inquieto o nervioso
- ☐ Cuando salgo de un sitio donde no se puede fumar
- ☐ Cuando....

EL DÍA ANTES AL DÍA D:

- Tire todos los cigarrillos y cajetillas vacías
- En el caso de querer dejar de fumar progresivamente deje sólo los cigarrillos que se va a fumar ese día
- Compruebe si hay cajetillas ocultas u olvidadas en la ropa
- Limpie y guarde los ceniceros
- Tire los mecheros y cerillas
- Lave la ropa, toallas y otros objetos que huelan a tabaco
- Abra las ventanas para renovar el aire
- Ponga un purificador de aire
- Limpie la ceniza y las colillas del coche
- Avise a sus familiares y amigos

Anexo 5.6.

12 CONSEJOS PARA SOBRELLEVAR MEJOR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

1 **Evite pensar que no va a fumar nunca.** **Simplemente decida que HOY no va a fumar**	7 Durante los primeros días después de dejar de fumar, **pase el mayor tiempo posible en lugares públicos en los que no se permite fumar.** (Lugares como bibliotecas, centros comerciales, museos, teatros, restaurantes están principalmente "libres de humo", y puede que exista otros más en su área).
2 Las **ganas de fumar** no son eternas. Si siente una necesidad imperiosa de encender el cigarrillo, piense que esto **sólo durará unos instantes y cada vez será más controlable.** Mire el reloj y espere un minuto, así comprobará que la necesidad desaparece	8 Puede **picar algo**, pero para evitar el aumento de peso debe ser bajo en calorías: fruta, chicle sin azúcar...
3 **Cuando el deseo de fumar parezca irresistible, relájese:** Inspire profundamente, retenga el aire el máximo tiempo posible y suéltelo lentamente, repita esto varias veces. Si quiere mientras hace las inspiraciones puede encender una cerilla y apagarla en un cenicero o encender incienso en la casa.	9 **Intente comer racionalmente evitando grasa, dulces e hidratos de carbono**, porque es cierto que algunas personas engordan al dejar de fumar Durante el día **beba mucha agua y zumos de frutas, preferentemente naturales.**
4 **Evite ambientes donde se fume**, sobre todo los primeros días y **no tome por ahora las bebidas que habitualmente acompañan al tabaco**. Café, otros estimulantes, alcohol... (no olvide que será un tiempo corto).	10 **Circunstancias que invitan a fumar y su forma de evitarlas:** **Cigarrillo de después de comer**: Lavarse los dientes, moverse, pasear, tomar caramelo sin azúcar. **Primer cigarrillo del día:** Hacer gimnasia matutina, beber agua, tomar zumos. **Cigarrillo de estrés:** Pensar que el cigarrillo no ayuda a resolver problemas. Los crea. **Cigarrillo de relax:** Buscar otras actividades de relajación: leer, charlar, oír música.
5 **Altere sus rutinas**, para no caer en el consumo de tabaco asociado a gestos: salga de paseo, coja el teléfono con un bolígrafo en la mano, haga ejercicio, lávese los dientes justo al terminar de comer...	11 **Dígase a sí mismo "NO". Dígalo en voz alta.** Practique esto varias veces y escúchese a sí mismo. Otras cosas que puede decirse usted mismo son: **"Soy muy fuerte como para dejarme vencer por el cigarrillo", "Ya soy un ex-fumador" o "No quiero desilusionar a mis amigos y familiares".**
6 Pon en una **hucha** todo el dinero que antes derrochabas en tabaco. Cuando tengas una buena cantidad, regálate eso que tantas veces has querido comprar.	12 En el caso de estar tomando algún **medicamento** para ayudarle a dejar de fumar, no olvide tomarlo y siga las instrucciones de su médico o farmacéutico

Anexo 5.7: Hoja de registro

CALENDARIO DE MIS DÍAS SIN HUMO

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Ahorro	Prueba escalera	Prueba sentidos	
										OLFATO	GUSTO
Semana 1											
Semana 2											
Semana 3											
Semana 4											
Semana 5											
Semana 6											
Semana 7											
Semana 8											
Semana 9											
Semana 10											
Semana 11											
Semana 12											
Semana 13											
Semana 14											
Semana 15											
Semana 16											
Semana 17											
Semana 18											
Semana 19											
Semana 20											
Semana 21											
Semana 22											
Semana 23											
Semana 24											

-Marcar con un V el día que haya conseguido no fumar ningún cigarrillo.

- En el caso de haber fumado ese día escriba el número de cigarrillos que se ha fumado

-Cada semana anote el dinero que se ha ahorrado en cigarrillos. Cuando tenga suficiente cómprese un capricho

-Prueba de la escalera: escoja un tramo de escalera cercano a su casa o lugar de trabajo he indique cuánto tiempo ha tardado en subir. Puntúe del 1 al 6 el grado de fatiga que ha sentido.

-Prueba de los sentidos: El humo del tabaco mata la capacidad de las células sensibles de su boca y su nariz para detectar los sabores. Cuando deja de fumar estas células comienzan a regenerarse y su sentido del gusto y del olfato mejora notablemente. Para comprobarlo elija un día a la semana y compruebe su sentido del gusto y del olfato en una escala del 1 al 6. Para ello huela alguna fruta o flor, saboree un trocito de dulce.

CONSEJOS PARA COMBATIR LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NICOTÍNICO

El síndrome de abstinencia a la nicotina es uno de los problemas con que se encuentra el fumador a la hora de dejar el tabaco y es el responsable de la mayoría de recaídas. La abstinencia a la nicotina implica síntomas como irritabilidad, dolor de cabeza y deseo por fumar (craving). Estos síntomas ocurren cuando un individuo dependiente de la nicotina deja de consumir tabaco repentinamente, o disminuye el número de cigarrillos o de productos del tabaco que consume.

ANTES DE DEJAR DE FUMAR DEBES ACEPTAR QUE ESTOS SÍNTOMAS VAN A APARECER

DURARÁN ENTRE 4 Y 10 SEMANAS Y CADA VEZ SERÁN MENORES HASTA QUE DESAPAREZCAN

ESTOS SÍNTOMAS SERÁN MÁS LLEVADEROS SI ESTÁS EN TRATAMIENTO CON CHICLES, PARCHES U OTROS FÁRMACOS PARA DEJAR DE FUMAR

RECUERDA: SUFRIR ESTOS SÍNTOMAS DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS ES NORMAL, LO IMPORTANTE ES QUE SEAS CAPAZ DE ACEPTARLO Y SOBRELLEVARLO

SÍNTOMAS	SOLUCIONES
FUERTE DESEO DE FUMAR (CRAVING)	Respiraciones profundas, técnicas de relajación. Ingesta abundante de agua y zumos. Chicles sin azúcar. Mantenerse ocupado. Saber que pasará en unos minutos
INSOMNIO	Evitar café, té o bebidas con cafeína. Ejercicios de relajación. Valeriana u otros fármacos que le indicará su médico o farmacéutico.
CEFALEA	Analgésicos habituales
ESTREÑIMIENTO	Dieta rica en fibra, abundante agua. Laxante si es preciso
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	Evitar bebidas alcohólicas. Aceptar un menor rendimiento durante una o dos semanas
NERVIOSISMO	Ejercicio, baño caliente, fármacos que le indicará su médico o farmacéutico
HAMBRE	Abundante agua, zumos, fruta, caramelo sin azúcar.
ASTENIA	Aumentar las horas de sueño
IRRITABILIDAD	Ejercicio, baño, relajación.
DISFORIA	Buscar ayuda de personas en la misma situación o con experiencia previa similar
ANSIEDAD	Mantente ocupado. Practica tus aficiones. Aumenta tu vida social

Anexo 6: Calendario

STADA

MANTENGA UNA BUENA SALUD CARDIOVASCULAR

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria SEFAC

Hay determinados factores, como la hipertensión, diabetes, tabaquismo, colesterol alto, obesidad y sedentarismo, que aumentan la probabilidad de desarrollar en el tiempo un infarto (de corazón o cerebral), u otros trastornos circulatorios. Estos factores son denominados en su conjunto "factores de riesgo cardiovascular".

ALIMENTOS	RECOMENDADOS (a diario)	A LIMITAR (máximo 2-3 veces/ semana)	DESACONSEJADOS (excepcionalmente)
CEREALES	Pan*, arroz*, galletas, pastas*, cereales y harinas (de preferencia integrales)	Pastas al huevo*	Croissants, magdalenas, galletas, donuts
FRUTAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES	Todas	Aguacates*, aceitunas*, patatas fritas*	Patatas chips, coco
HUEVOS, LECHE Y DERIVADOS	Leche desnatada, yogur desnatado	Yogur semidesnatado, huevo entero (3 × semana), queso fresco, leche semidesnatada	Queso graso, flan, nata, leche entera
PESCADO Y MARISCO	Pescado azul*, atún*, pescado blanco, mársico de concha	Marisco, sardinas en lata*, calamares	Huevas de pescado, pescado frito en aceite no recomendado
CARNES	Pollo y pavo sin sal, conejo	Vaca, buey, ternera, cordero, cerdo, jamón	Hamburguesas, beicon, pato, ganso, paté, salchichas, vísceras
ACEITES Y GRASAS	Aceite de oliva	Aceites de girasol y maíz, margarinas vegetales	Tocino, aceite de palma, mantequilla, manteca de cerdo, aceite de coco
POSTRES	Repostería casera (con leche descremada), azúcar*, miel*, mermelada*	Caramelos, flan sin huevo, turrón, mazapán	Chocolate y pasteles, postres con leche entera, huevo, nata y mantequilla
FRUTOS SECOS	Nueces, dátiles, almendras, castañas, avellanas	Cacahuetes	Cacahuetes salados, coco
BEBIDAS	Zumos, infusiones, agua, café y té	Refrescos azucarados*	

* En caso de hipertrigliceridemia o sobrepeso limitar las porciones de los alimentos.
Fuente: Recomendaciones dietéticas modificadas de la Sociedad Española de Arteriosclerosis.
Plaza Pérez, I et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Rev Esp Cardiol Vol.53, Núm.6, Junio 2000;815-837.

EL COLESTEROL

Sea bueno con su corazón. Coma menos grasas saturadas y menos colesterol.

¿Sabe usted cuál es su nivel de colesterol actual?

– Menos de 200 md/dL: **¡BUENAS NOTICIAS!** Siga con su dieta habitual.

– De 200 a 239 md/dL: **¡ALERTA!** Es tiempo de hacer cambios en lo que come.

– 240 md/dL o más: **¡PELIGRO!** Usted está en alto riesgo de tener las arterias y/o venas obstruidas, lo que puede provocar un ataque al corazón. Consulte con su médico o farmacéutico.

LA TENSIÓN

Piense en su corazón. Coma menos sal y sodio. Cuide su tensión.

¿Sabe usted cuál es su presión arterial?

– Lo mejor es tener una presión arterial menor de 120/80 mmHg. Si su presión arterial es de 140/90 mmHg o más, consúltele a su médico o farmacéutico.

– Tenga en cuenta que:

- Todos los alimentos enlatados, congelados, precocinados y comidas rápidas tienen sal.
- Compre los alimentos con etiquetas en las que se lee: "bajo contenido en sodio". Hágalo también con el agua y otras bebidas embotelladas.
- Cocine con la mitad de la cantidad de sal que usa normalmente (la cantidad permitida equivale a una cucharadita de café para todo el día).
- Utilice condimentos para mejorar el sabor como son el ajo, perejil, vinagre, limón y hierbas aromáticas (romero, tomillo...).
- No utilice condimentos que tengan sabor salado como son los cubitos de saborizantes tipo caldo.
- Quite el salero de la mesa, puede rellenarlo con una mezcla de hierbas y especias mejor que con sal.

LA DIABETES

¿"Azúcar, alto"? ¡No, gracias!

Si usted es diabético le interesa saber que:

- El riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares es mayor en personas con un mal control de la diabetes
- ¿Sabe usted cuáles son sus valores de glucosa? Ayunas: 70-90 mg/dl: **IDEAL**. 2 horas después de comer: 70-135 mg/dl: **IDEAL**.
- Utilizar correctamente sus medicamentos, llevar una alimentación saludable y hacer ejercicio físico, son los tres elementos básicos para conseguir controlar y mejorar su diabetes.

LA RUEDA DE LOS ALIMENTOS

SEDCA® 2007

EL PESO

Proteja su corazón y articulaciones. Cuide su peso

Está demostrado que los pacientes con sobrepeso presentan más enfermedad cardiovascular que las personas de peso normal.

Recuerde que si su IMC está por encima de 25 deberá tratar de bajar de peso. Pida ayuda a su médico o farmacéutico. (IMC: Índice de Masa Corporal.)

LA ACTIVIDAD FÍSICA

¡Arriba los corazones! Dígale sí a la actividad física

- La actividad física regular puede ayudarle a que su corazón y pulmones funcionen mejor, a bajar la presión arterial, a bajar el colesterol en la sangre, y a controlar el peso y el apetito. Además le ayuda a relajarse y sentirse menos tenso, dormir mejor, tener más energía y sentirse mejor consigo mismo.
- Esfuércese por realizar alguna actividad física de 30 a 45 minutos por día, mínimo 3 ó 4 veces por semana. Si no tiene mucho tiempo, hágala en tres o cuatro períodos de 10 minutos.

EL TABACO Y EL ALCOHOL

Ayude a su corazón. Deje de fumar y evite el consumo de alcohol

- Cuando se deja de fumar se reduce el riesgo de tener un ataque al corazón, derrame cerebral y enfermedades de los pulmones.
- La posibilidad de sufrir un infarto de corazón es 3 veces mayor en personas fumadoras.
- Hay un grupo de enfermedades cardiacas relacionadas totalmente con el consumo de alcohol. Si evita el consumo de alcohol verá como mejora el control de sus cifras de presión arterial.

2011

ENERO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24 31	25	26	27	28	29	30

FEBRERO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28						

MARZO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

ABRIL 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

MAYO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23 30	24 31	25	26	27	28	29

JUNIO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

JULIO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AGOSTO 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SETIEMBRE 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OCTUBRE 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24 31	25	26	27	28	29	30

NOVIEMBRE 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DICIEMBRE 2011						
L	M	MI	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Reservados todos los derechos. Queda hecho el depósito que marca la ley. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, ni almacenada en ningún sistema de reproducción, ni trasmitida de ninguna manera, ni por ningún medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, ni cualquier otro medio, sin el permiso expreso de los autores y editor. DL: GR-2896-2009; ISBN: 978-84-692-5782-1

MELPOPHARMA

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-1511) Universidad de Granada

Nombre del paciente:

Anexo7

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DE LA FARMACIA:

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☐

EDAD:

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE ES CLIENTE DE ESTA FARMACIA?.....

¿COMPRA EN MÁS DE UNA FARMACIA? SI ☐ NO ☐

¿CON QUÉ FRECUENCIA VIENE USTED A LA FARMACIA?

☐UNA VEZ POR SEMANA

☐UNA O DOS VECES POR MES

☐MENOS DE UNA VEZ POR MES

¿CONOCE A ALGUNO DE NUESTROS FARMACÉUTICOS POR SU NOMBRE? SI ☐ NO ☐

¿SU PLAN DE SALUD LE CUBRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA HABITUALMENTE? SI ☐ NO ☐

¿POR QUÉ ELIGIÓ SU FARMACIA?

☐POR SU UBICACIÓN ☐POR LOS PRECIOS

☐POR LOS SERVICIOS QUE OFRECEN ☐POR RECOMENDACION DEL MÉDICO

☐POR LA PROFESIONALIDAD DEL EQUIPO DE LA FARMACIA

☐OTROS (INDICAR):

CUANDO TIENE UN PROBLEMA O ALGUNA DUDA SOBRE SUS MEDICAMENTOS ¿QUÉ HACE?

☐BUSCO INFORMACIÓN EN UN LIBRO ☐BUSCO INFORMACIÓN EN INTERNET

☐LE PREGUNTO A ALGÚN FAMILIAR O AMIGO ☐LLAMO A MI MÉDICO

☐LE PREGUNTO A MI FARMACÉUTICO

EN UNA ESCALA DEL 1 AL 4 (1: MALA, 2: BUENA, 3: MUY BUENA, 4: EXCELENTE), POR FAVOR MARQUE SU GRADO DE SATISFACCIÓN POR LOS SERVICIOS QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA VEZ QUE HA VISITADO SU FARMACIA:

☐RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN ☐CORTESÍA DEL PERSONAL ☐PRECIO

☐PROFESIONALIDAD ☐INFORMACIÓN SOBRE SU MEDICACIÓN Y SUS PROBLEMAS DE SALUD

☐SERVICIO GRATUITO DE MEDIDA DE COLESTEROL, GLUCOSA, PRESIÓN ARTERIAL, PESO....

☐CONSEJOS DE SU FARMACÉUTICO PARA MEJORAR SU SALUD CARDIOVASCULAR

¿PAGARÍA POR LOS SERVICIOS GRATUITOS QUE LE ACABA DE REALIZAR SU FARMACÉUTICO? SI ☐ NO ☐

¿QUÉ PODEMOS HACER EN SU FARMACIA PARA MEJORAR EL SERVICIO? .....

.....

RECOMENDARÍA ESTA FARMACIA A UN AMIGO ¿POR QUÉ? .....

Anexo 8: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN 2

A través de la participación de mi farmacéutico en el seguimiento de los medicamentos que utilizo, he logrado:

	NADA(1)	POCO(2)	REGULAR(3)	BASTANTE(4)
1. Conocer mejor los medicamentos que uso				
2. Que los medicamentos que uso produzcan los efectos esperados				
3. Mejorar mi estado de salud				
4. Aprender sobre la necesidad de cumplir con el tratamiento prescrito por mi médico				
5. Que se minimicen los efectos indeseables de los medicamentos que uso				

	SÍ	NO
6. ¿Continuaría visitando a mi farmacéutico ya que he logrado mejorar los beneficios obtenidos con los medicamentos que uso?		
7. ¿Solicitaría a mi médico que continúe trabajando en conjunto con mi farmacéutico?		
8. ¿Opina que este servicio debería ser reconocido económicamente por las obras sociales o por el gobierno?		
9. ¿Recomendaría a sus familiares o amigos a que acudan a su farmacéutico para que les brinde este servicio?		

10.Comentarios y sugerencias:

Anexo 9

ESTADO DE SITUACIÓN

Fecha

__ / __ / ____

Paciente

					/							/							

SEXO:	**EDAD:**	**IMC:**	**Alergias:**

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				I.F
Inicio	Problemas de Salud	Contro-lado	Preo-cupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	**N**	**E**	**S**	**Sospecha**	**(fecha)**

OBSERVACIONES:	**PARÁMETROS**

Anexo 10

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

(Adaptación española de la Guía Europea de prevención cardiovascular)

PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA Y DM	
PA	<140/90	PA	<130/80
CT*	<200	CT*	<175
TG	<150	TG	<150
GB	<110	GB	<110

*CT≥ 320 mg/dl alto riesgo

IMC
CONTROLADO: IMC<25
Infrapeso: IMC<18,50
Normal: IMC = 18,50 – 24,99
Sobrepeso: IMC≥25
Obesidad: IMC ≥ 30

PERÍMETRO CINTURA	
Límite que no se puede ganar más peso	Hombres ≥ 94 cm Mujeres ≥ 80 cm
Recomendar reducir peso	Hombres > 102 cm Mujeres > 88 cm

ICC
CONTROLADO: HOMBRES ≤1 MUJERES ≤0,8

ICA
CONTROLADO < 0,5

CATEGORÍA	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
ÓPTIMA	<120	Y	<80
NORMAL	120-129	y/o	80-84
NORMAL – ALTA	130-139	y/o	85-89
HTA GRADO 1	140–159	y/o	90–99
HTA GRADO 2	160–179	y/o	100-109
HTA GRADO 3	≥180	y/o	≥110
HTA SISTÓLICA AISLADA	≥140	y	<90

EJERCICIO: AL MENOS 30 MIN/ DÍA EJERCICIO MODERADO

CLASIFICACIÓN SCORE
AUMENTADO: RCV ≥ 5% MODERADO: 2-4% BAJO: ≤1%
Siempre se considerará RCV aumentado a pacientes que hayan padecido una enfermedad cardiovascular, DM 2, DM 1 con microalbuminuria, o niveles altos de uno o más FRCV que impliquen por sí mismos, un RCV elevado, independientemente del % SCORE, CT≥320 mg/dl

Si el paciente consume alcohol en su dieta habitual expresarlo en UBE (Unidad de bebida estándar):

1 vaso pequeño de vino	1 UBE
1 quinto o una caña de cerveza	1 UBE
1 copa de jerez	1 UBE
1 carajillo	1 UBE
1/2 whisky	1 UBE
1 chupito	1 UBE
1 copa de cava	1 UBE
1 copa de coñac	2 UBE
1 mediana de cerveza	1 1/2 UBE
1 combinado	2 UBE

SÍNDROME METABÓLICO: Debe cumplir al menos 3 de los 5 siguientes parámetros:

- OBESIDAD CENTRAL: >102 cm HOMBRES y > 88 cm MUJERES
- HDL < 40 mg/dl EN HOMBRES y < 50 mg/dl EN MUJERES
- PA ≥ 130/85 mmHg o tratamiento para la HTA diagnosticada
- GB ≥ 110 mg/dl en ayunas o DM2 diagnosticada

CLASIFICACIÓN DE PRM

1- Administración errónea del medicamento
2- Características personales
3- Conservación inadecuada
4- Contraindicación
5- Dosis, pauta y/o administración no adecuada
6- Duplicidad
7- Errores en la dispensación
8- Errores en la prescripción
9- Incumplimiento
10- Interacciones
11- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
12- Probabilidad de efectos adversos
13- Problema de salud insuficientemente tratado
14- Otros

CLASIFICACIÓN RNM

1- Problema de salud no tratado
2- Efecto de medicamento innecesario
3- Inefectividad no cuantitativa
4- Inefectividad cuantitativa
5- Inseguridad no cuantitativa
6- Inseguridad cuantitativa

Anexo 11: REGISTRO DE DATOS

Nº PACIENTE: **GRUPO:**

FUMA:

EXFUMADOR:

FRCV NO MODIFICABLES	
Edad	
Género	
Antecedentes personales de ECV (prevención primaria o secundaria)	
Herencia (antecedentes familiares de ECV)	

¿CÓMO FUE CAPTADO EL PACIENTE?	
¿PACIENTE HABITUAL O NUEVO?	
DIRECCIÓN	
MUNICIPIO	
VIENE ANDANDO, COCHE, MOTO,BICI,...	
DISTANCIA FARMACIA	
DISTANCIA OTRA FARMACIA MÁS CERCANA	

	MES 1	**MES 3**	**MES 6**
FECHA			
HORA			
PAS			
PAD			
FC			
PESO			
ALTURA			
IMC			
% GRASA CORPORAL			
GB			
CT			
TG			
PERÍMETRO CINTURA			
PERÍMETRO CADERA			
ICC			
ICA			
SCORE			

CURVA DE PA			
	MES1	MES 3	MES 6
2 HORAS TRAS MEDICACIÓN			
POR LA TARDE			

PROBLEMAS DE SALUD (poner*en los diagnosticados por el médico)		
MES 1	**MES 3**	**MES 6**

MEDICAMENTOS Y POSOLOGÍA UTILIZADA					
MES 1	**MES 2**	**MES 3**	**MES 4**	**MES 5**	**MES 6**

RESULTADOS BMQ	
MES 1	
MES 3	
MES 6	

COMENTARIOS SOBRE SU MEDICACIÓN Y PS		
MES 1	MES 3	MES 6

RECUERDO DIETÉTICO 24 HORAS MES 1	
DÍA ANTERIOR	**FIN DE SEMANA**
DESAYUNO: **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**	**DESAYUNO:** **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:	

RECUERDO DIETÉTICO 24 HORAS MES 3	
DÍA ANTERIOR	**FIN DE SEMANA**
DESAYUNO: **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**	**DESAYUNO:** **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:	

RECUERDO DIETÉTICO 24 HORAS MES 6	
DÍA ANTERIOR	**FIN DE SEMANA**
DESAYUNO: **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**	**DESAYUNO:** **ALMUERZO:** **COMIDA :** **MERIENDA :** **CENA:**
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS:	

EJERCICIO			
	TIPO	FRECUENCIA/SEMANA	CONSEJO
MES 1			
MES 3			
MES 6			

¿RECOMENDAMOS AL PACIENTE ALGÚN PRODUCTO OTC COMO COADYUVANTE PARA MEJORAR SU SALUD CV)			
	COADYUVANTE DISLIPEMIA (productos con omega 3 y 6, fitoesteroles,...)	COADYUVANTE PÉRDIDA DE PESO (saciante, quemagrasa, absorbe-grasa, diurético,...)	OTROS
MES 1			
MES 3			
MES 6			

INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS			
	MES 1	MES 3	MES 6
Nº intervenciones farmacéuticas			
Nº intervenciones farmacéuticas resueltas			
Vía de comunicación para llevar a cabo la IF (verbal farmacéutico-paciente, escrita farmacéutico -paciente, verbal-farmacéutico-paciente-médico, escrita farmacéutico-paciente-médico)			

RELLENAR SÓLO PARA PACIENTES DEL GSFT			
	MES1	MES 3	MES 6
Nº PRM			
CLASIFICACIÓN PRM			
Nº RNM			
CLASIFICACIÓN RNM			

REGISTRO DEL GASTO MENSUAL

MES 1:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

MES 2:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

MES 3:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

MES 4:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

MES 5:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

MES 6:							
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
FECHA	GASTO	CONSEJO/INDICACIÓN/INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA					
Nº VISITAS FARMACIA	Nº ENVASES RECETAS CRÓNICAS	MEDICACIÓN HABITUAL (%)	Nº ENVASES RECETAS ESPORÁDICAS	ENVASES/ GASTO OTRAS PERSONAS	Nº ENVASES OTC	CONSULTAS	CONSULTAS RESUELTAS
	PARA RCV: PARA OTROS PS:						

GASTO TOTAL						
	MES1	**MES 2**	**MES 3**	**MES 4**	**MES 5**	**MES 6**
RECETAS CRÓNICAS PARA ECV						
RECETAS CRÓNICAS PARA OTROS PS (NO ECV)						
RECETAS PUNTUALES						
PRODUCTOS OTC						
GASTO PARA OTRAS PERSONAS						
TOTAL						
TOTAL 6M ESTUDIO						

RELLENAR SÓLO EN EL CASO DE PACIENTES FUMADORES:

	MES 1	**MES 3**	**MES 6**
Nº Cigarrillos/día			
Test Fagerström (número)			
Test Richmond (número)			
¿Quiere dejar de fumar?			
¿Acepta participar en nuestra Campaña antitabaco?			
Indicar si toma medicación para dejar de fumar			

11. RESUMEN TESIS PARA TESEO

INTRODUCCIÓN

Los servicios farmacéuticos ofertados desde las farmacias comunitarias cada vez son más necesarios, debido a la continua y progresiva disminución del margen y precio de los medicamentos, en un entorno en continua evolución. La adaptación a esta situación hace necesario la implantación de programas de gestión que aumenten la fidelización de nuestros clientes y atraiga a clientes nuevos.

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular- vascular (FRCV) o enfermedad cardiovascular- vascular (ECV), son idóneos para ofertarles servicios profesionales desde la farmacia comunitaria ya que son en su mayoría pacientes polimedicados que pueden beneficiarse de los servicios ofertados como el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y educación sanitaria.

El estudio surgió con la idea de analizar si la implantación en la farmacia comunitaria de un servicio gratuito de control de FRCV acompañado del servicio de educación sanitaria y/o SFT aumentaría la fidelización de los pacientes a la oficina de farmacia y contribuiría a un mejor control de los FRCV de los pacientes.

DESARROLLO TEÓRICO

OBJETIVOS GENERALES

1) Analizar el efecto del servicio de educación sanitaria o de seguimiento farmacoterapéutico sobre los Factores de Riesgo cardiovascular- vascular de los pacientes que acuden a una farmacia de la costa valenciana.

2) Analizar el grado de fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria según el servicio utilizado por el paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio experimental, aleatorio, por grupos (Grupo- educación sanitaria/ Grupo- SFT) llevado a cabo en la farmacia comunitaria de la Playa de Miramar (Valencia) desde Marzo 2010 a Noviembre 2011.

La población de estudio fueron pacientes con edades entre 18 y 85 años que acudieron a la farmacia durante el periodo de estudio con una receta a su nombre de

al menos un medicamento cuya indicación principal fuera la hipertensión arterial (HTA), las dislipemias, la diabetes o la enfermedad coronaria (nitratos); también pacientes que en ese momento no acudían a retirar su medicación pero cuya consulta estuvo relacionada con la presencia de algún FRCV (solicitud de toma de presión arterial (PA), consejo para dejar de fumar, orientación para perder peso en personas con sobrepeso y obesidad,…).

Como criterios de exclusión se definieron: Mujeres embarazadas, personas con alguna minusvalía psíquica, pacientes con marcapasos, pacientes con hipercolesterolemia familiar congénita, con historia de infarto agudo de miocardio (IAM) o infarto cerebro-vascular en el último año y pacientes en tratamiento con acenocumarol.

El tamaño muestral se estimó de forma estadística: asumiendo que el riesgo cardiovascular mejoraría un 15%, habría que incluir 86 pacientes por grupo. Teniendo en cuenta un porcentaje esperado de abandonos en el seguimiento del 14%, se reclutaron finalmente 100 sujetos en cada grupo, haciendo un total de 200 pacientes.

Al grupo control se le llamó Grupo Educación sanitaria (GES) y al Grupo intervención, Grupo Seguimiento Farmacoterapéutico (GSFT).

PROCEDIMIENTO

La captación de pacientes se llevó a cabo en el mostrador, desde Marzo del 2010 hasta Mayo del 2011, por parte de farmacéuticos y auxiliares, a partir de la medicación que venía a recoger el paciente o de la consulta que hacía (toma de PA, demanda de consejo para adelgazar, dejar de fumar,...) y que nos hacía sospechar de la presencia de algún FRCV.

Tras comprobar que el paciente cumplía los criterios de inclusión se le informaba sobre el estudio. A los que aceptaron participar se les pidió que leyeran y firmaran la hoja de consentimiento informado.

Los pacientes fueron incluidos en el GES o en el GSFT según una tabla de números aleatorios.

Cada paciente se citó un día a primera hora de la mañana en ayunas y se le pidió que trajera consigo una bolsa con todos los medicamentos que usaba. En primer lugar uno de los auxiliares se encargaba de registrar la edad del paciente, el lugar de residencia,

medio de transporte que utilizaba para venir a la farmacia y si era o no fumador o exfumador. A continuación el auxiliar le realizaba las mediciones de PA, frecuencia cardiaca, peso y altura.

Una vez realizadas estas mediciones, el farmacéutico pasaba al paciente a una sala donde realizaba las determinaciones analíticas de glucosa basal, colesterol total, triglicéridos, perímetro de la cintura, perímetro de la cadera, Índice cintura- cadera (ICC), índice cintura- altura (ICA), IMC, porcentaje de grasa corporal, se identificaban en el paciente los antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular-vascular y se calculaba el riesgo cardivascular- vascular mediante el método SCORE. A continuación se realizaba un registro de todos los problemas de salud y medicamentos que tomaba el paciente y se les realizaba el test de cumplimiento farmacoterapéutico BMQ (Breve cuestionario de la medicación)

Todos estos datos se registraron a los 0, 3 y 6 meses.

Tanto a los pacientes del GES como GSFT, se les realizó un recuerdo dietético 24 horas, del día anterior y del último fin de semana, para conocer sus hábitos dietéticos, recomendar las modificaciones oportunas e intentar incorporar el ejercicio a su vida diaria. Además a los pacientes fumadores se les ofreció la oportunidad de participar en una Campaña antitabaco con ayuda personalizada para dejar de fumar, con apoyo de los test de Fagerström y Richmond y folletos que se diseñaron para la ocasión.

Tras realizar todas estas intervenciones, en el caso de ser pacientes del GES, lo citábamos a los 3 y 6 meses para repetir el mismo procedimiento.

En el caso de pacientes del GSFT, a continuación se les realizaba seguimiento farmacoterapéutico (SFT) mediante la metodología Dáder: se realizaba al paciente una primera entrevista sobre sus problemas de salud y medicamentos, se rellenaba el primer estado de situación, se llevaba a cabo la fase de estudio y la evaluación del estado de situación.

Tras evaluar el primer Estado de situación, si no existía ningún RNM, se citaba al paciente a los 3 meses y si no había ningún cambio, a los 6 meses.

En los pacientes que detectamos algún RNM, se realizaron en cada momento las intervenciones necesarias con tal de solucionarlo.

Para poder estudiar al final del estudio la influencia del servicio de SFT y educación sanitaria en el gasto sanitario y fidelización de pacientes, se registraron todos los

medicamentos, consultas y otros productos que el paciente adquirió cada vez que acudió a la farmacia durante los 6 meses de estudio.

Tanto en la visita inicial (momento inicio del estudio) como en la visita de los 6 meses, se le pasó a cada paciente el cuestionario de satisfacción 1, con tal de medir la satisfacción del paciente por la farmacia y por los servicios ofrecidos. A los pacientes del GSFT se les pasó de forma paralela un segundo cuestionario con el objetivo de medir el grado de satisfacción de los pacientes por el SFT. Estos test fueron anónimos, con tal de que los pacientes respondieran con la máxima sinceridad.

CONCLUSIONES

- La intervención del farmacéutico mejoró los valores de presión arterial sistólica un 7,7%, la presión arterial diastólica 5,4%, frecuencia cardiaca 3,2%, peso 2,9%, IMC 2,9%, porcentaje de grasa corporal 3,0%, glucosa basal 10,9%, colesterol total 11,1%, triglicéridos 43,3%, perímetro de la cintura 2%, índice cintura-cadera 1,1% e índice cintura-altura 3,3%. Siendo esta mejora estadísticamente superior en los pacientes del grupo seguimiento farmacoterapéutico para los parámetros presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, peso, índice de masa corporal, glucosa basal, colesterol total, perímetro de la cintura e índice cintura-altura.

- El SFT aumentó un 3% más los pacientes con RCV leve que la educación sanitaria y disminuyó un 5% más los pacientes con RCV aumentado.

-El servicio de seguimiento farmacoterapéutico disminuyó el número de problemas relacionados con los medicamentos un 65,2% y los resultados negativos de la medicación un 64,4%.

- Tanto el servicio de seguimiento farmacoterapéutico como educación sanitaria aumentaron la adherencia terapéutica, pero con el seguimiento farmacoterapéutico se consiguió un 31,1% más de cumplimiento.

- La implantación de servicios profesionales en la farmacia comunitaria aumentó los pacientes con grado de fidelización bueno (adquisición de más del 70% de su medicación habitual en la farmacia del estudio) un 12,2% (14,3% en el grupo educación sanitaria y 10,1% en el grupo seguimiento farmacoterapéutico).

- Tras 6 meses de estudio, 7 de cada 10 pacientes pagaría por el servicio de educación sanitaria y 9 de cada 10 por el servicio de SFT.