



SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES POLIMEDICADOS

Grado en Farmacia

Curso académico 2019/2020

La Laguna a 8 de junio de 2020

Autor

María Núñez Catalán

Tutores

Sandra Dévora Gutiérrez

Chaxiraxi de la Cruz
Morales Marrero

Contenido

| | |
|---|----|
| 1. ABSTRACT | 2 |
| 2. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 3. OBJETIVOS | 4 |
| 3.1. Generales | 4 |
| 3.2. Específicos | 4 |
| 4. MATERIALES Y MÉTODOS | 4 |
| 4.1. Emplazamiento | 4 |
| 4.2. Documentos..... | 5 |
| 4.3. Bases de datos..... | 6 |
| 4.4. Metodología..... | 6 |
| 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 8 |
| 5.1. Aspectos generales | 8 |
| 5.2. Acciones realizadas por el farmacéutico: Atención Farmacéutica. | 10 |
| 5.2.1. Educación sanitaria | 10 |
| 5.2.2. Derivación al Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)..... | 10 |
| 5.2.3. Derivación al médico de atención primaria. | 10 |
| 5.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) | 12 |
| 5.2.5. Acciones conjuntas. | 13 |
| 5.3. Limitaciones del estudio. | 15 |
| 6. CONCLUSIONES | 16 |
| 7. BIBLIOGRAFIA..... | 17 |
| ANEXO I | 20 |
| ANEXO II | 21 |
| ANEXO III..... | 22 |
| ANEXO IV | 23 |
| ANEXO V | 24 |
| ANEXO VI | 25 |
| ANEXO VII..... | 27 |

1. ABSTRACT

Pharmaceutical care includes many pharmaceuticals services, such health education, patient counseling, pharmacy referral service as Personalised Medication Dosage Systems, doctor-pharmacist communication and Pharmaceutical Care. In this program, the community pharmacist collaborates with a multidisciplinary health teamwork and a patient in monitoring a therapeutic plan through several interviews, where there is a fluid communication between the patient and the pharmacist. The final objective is to improve the patient's life quality.

Pharmaceutical Care program is recommended for polymedicated patients that have more than five drugs prescribed by the doctor. The pharmacist has to be able to find inappropriate prescribing, noncompliance with prescribed medication and adverse drug reactions or interactions.

This research is based on a Pharmaceutical Care study group of 16 polymedicated patients, where 13 of them needed health education, 6 were assigned to Personalised Medication Dosage System and 5 to Pharmaceutical Care. In 5 cases, communication doctor-pharmacist was necessary. As well, in 9 cases several actions were needfully. Likewise, 2 of the patients did not complete the study.

Conclusions achieved in this work are related to bad adherence's medication, poor health education and drug reactions benefit new diseases.

2. INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida de la población de los países desarrollados se ha visto incrementada, de forma notoria, debido a diferentes factores como: mejoras higiénico-dietéticas, avances tecnológicos, protecciones sociosanitarias y, uno de los más destacables, la existencia y acceso a cada vez un mayor arsenal terapéutico, que sirve tanto como tratamiento, como para diagnosticar o prevenir enfermedades [1]. Un 48% de la población española tiene más de 44 años y, de ellos, el 19,3% son mayores de 65 años [2]. El aumento de la prescripción de medicamentos debido a la existencia de distintas patologías crónicas concomitantes, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas o artrosis [3] conduce a un aumento de los problemas relacionados con el medicamento (PRM) haciendo cada vez más importante el papel del farmacéutico dentro del sistema sanitario. Las causas más frecuentes por las que se pueden presentar estos PRM son: dosis inadecuadas (subterapéuticas o

tóxicas), reacciones adversas, aumento de la prescripción en cascada, existencia de interacciones, errores en la administración de los medicamentos, mala conservación... [4].

El concepto que ahora se entiende como “Atención Farmacéutica” proviene del término *Pharmaceutical Care*, definido por primera vez en un artículo publicado por Mikeal y cols. en 1975 como: “*Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación*” [5]. A partir de entonces, el término ha ido evolucionando y siendo aceptado por toda la comunidad farmacéutica internacional, recibiendo incluso el aval de la Organización Mundial de la Salud en el Informe de Tokio sobre “*El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*” [6]. Este informe ratifica la idea de que el farmacéutico debe realizar funciones complementarias a las orientadas al medicamento, mediante acciones asistenciales que contribuyan a la prevención y promoción de la salud incluidas en la realización de Atención Farmacéutica. La relevancia de estas recomendaciones fue de tal magnitud que se fueron creando, en diferentes países, grupos de Atención Farmacéutica para proponer soluciones a fallos detectados en la farmacoterapia. Un grupo de expertos del Ministerio de Sanidad y Consumo español publicó el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica en 2001 [7]. Este documento incluye dentro de la Atención Farmacéutica a: la dispensación, la formulación magistral, la consulta e indicación farmacéutica, la formación en el uso racional del medicamento, la educación sanitaria, la farmacovigilancia y el seguimiento farmacoterapéutico.

El Seguimiento Farmacoterapéutico se define como “*el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con 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*” [8].

Otro servicio asistencial que está tomando cada vez más auge es el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD). Es un sistema de reacondicionado, de tipo blíster, donde el farmacéutico organiza los comprimidos y/o cápsulas que toma un determinado paciente, fundamentalmente un paciente polimedcado, con el objeto de indicar el día y el momento en el cuál deberían administrarse según la pauta posológica prescrita, aportando la información necesaria para hacerlo de forma correcta.

Por todo lo expuesto, se puede afirmar que el papel del farmacéutico como profesional sanitario experto en el medicamento, es fundamental para garantizar un uso racional y adecuado, y así también viene recogido en el artículo 86 del Real Decreto Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [9].

3. OBJETIVOS

3.1. Generales

- Mejorar la calidad de vida del paciente polimedicado a través del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una oficina de farmacia comunitaria.
- Aumentar la demanda de servicios asistenciales en farmacia comunitaria para pacientes con dificultades en el uso racional de medicamentos.
- Cooperar con otros profesionales sanitarios para mejorar la calidad de vida de pacientes que presenten resultados negativos asociados a la medicación.

3.2. Específicos

- Identificar posibles errores en la administración de los medicamentos por parte del paciente.
- Detectar interacciones entre medicamentos en el plan de tratamiento del paciente polimedicado.
- Facilitar al paciente los conocimientos para mejorar su adherencia al tratamiento.
- Promover tratamientos higiénicos-sanitarios adecuados, a través de la educación sanitaria, que mejoren la calidad de vida del paciente.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Emplazamiento

- Zona de atención personalizada (ZAP) de la Oficina de Farmacia Lcda. Laura Cristina Catalán

El estudio se llevó a cabo en la oficina de farmacia Lcda. Laura Cristina Catalán, ubicada en Argual, Los Llanos de Aridane, en la isla de La Palma. La ZAP es un espacio, dentro de la oficina de farmacia y separado del área de dispensación, que permite crear un ambiente confortable e íntimo con el paciente y facilita la comunicación recíproca entre

ambos. De esta forma, el paciente puede preguntar cualquier duda, hacer cualquier sugerencia o argumentar un problema que presente con total confidencialidad.

4.2. Documentos

- Anexo 1. Solicitud de tratamiento de datos.

Consentimiento informado en el que el paciente declara que conoce el estudio experimental titulado “*Seguimiento Farmacoterapéutico al Paciente Polimedcado*”, que forma parte de este Trabajo de Fin de Grado, y que acepta formar parte de él y, por tanto, ceder sus datos sólo con fines académicos.

- Anexo 2. Hoja de evaluación del estado inicial del paciente.

Se rellena en la primera intervención. Los datos que se manejan permiten realizar una revisión de la medicación prescrita y, con ello, una valoración óptima que posteriormente sirve para dirigir al paciente al servicio más apropiado a sus necesidades.

- Anexo 3. Plantillas de la revisión de la medicación prescrita.

Es un modelo de registro donde se anota el plan de tratamiento del paciente y los datos más relevantes de la toma de medicamentos, al igual que observaciones que permitan completar el informe de intervención.

- Anexo 4. Informe tras la intervención.

Es un resumen de la intervención realizada. En este informe se comentan características relevantes del plan de tratamiento y las condiciones acordadas con el paciente del tratamiento farmacoterapéutico a seguir.

- Anexo 5. Carta de comunicación con el médico

Se utilizará en aquellos pacientes que presenten problemas relacionados con medicamentos que no puedan abordarse desde la farmacia comunitaria. Permitirá aumentar la coordinación y comunicación con el resto de los profesionales sanitarios, para mejorar así la calidad de vida del paciente.

- Anexo 6. Recomendaciones higiénico-dietéticas

Pautas básicas que guíen al paciente, con un perfil de riesgo cardiovascular moderado o alto, a llevar una dieta equilibrada y reducir así el riesgo cardiovascular. Así se pretende evitar un aumento innecesario del número de medicamentos en su plan de tratamiento.

- Anexo 7. Cuestionario de evaluación del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

Cuestionario que responderán los pacientes que han formado parte del estudio destinado al Trabajo de Fin de Grado “*Seguimiento Farmacoterapéutico del Paciente Polimedcado*”, y que permitirá evaluar la acción asistencial desde la farmacia comunitaria para detectar problemas relacionados con medicamentos y mejorar la calidad de vida del paciente.

4.3. Bases de datos

- BotPlus

Base de datos de medicamentos del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y fuente de obtención de la información completa y actualizada de los fármacos comercializados en España. Esta base de datos ofrece un “Módulo de Seguimiento Farmacoterapéutico”, que es una plataforma virtual que permite evaluar la situación de los pacientes derivados al servicio de seguimiento farmacoterapéutico, registrando sus datos farmacológicos y facilitando la detección de cualquier reacción adversa, interacción o resultados negativos asociados a la medicación.

4.4. Metodología

La selección de los pacientes se realizó en función de los siguientes criterios:

- Pacientes polimedcados crónicos con más de 5 medicamentos prescritos en su plan de tratamiento.
- Pacientes detectados, durante la dispensación en la oficina de farmacia, con algún problema relacionado con medicamentos.
- Detección de errores de medicación a la hora de la administración.
- Existencia de interacciones en el plan de tratamiento.
- Mala adherencia terapéutica, tanto voluntaria como involuntaria.

- Plan de tratamiento caracterizado por una complejidad terapéutica variable.

Una vez evaluados los planes de tratamiento de los pacientes seleccionados, éstos son emplazados de manera individual, para una entrevista en la ZAP de la oficina de farmacia. Se establece que acuda tanto el paciente como su cuidador, en caso de que se trate de una persona dependiente, con el plan de tratamiento y su última analítica, para hacer así una valoración más completa. La primera entrevista tiene una duración de 30 - 40 minutos, dependiendo de la complejidad de cada caso y las dudas o preguntas que presente el paciente. En esta entrevista se rellenan los Anexos 1, 2 y 3.

Una vez finalizada la entrevista, se realiza un informe (Anexo 4) que permita valorar la actuación a llevar a cabo con el paciente. Esta actuación puede ser:

- Educación sanitaria y/o,
- Derivación: a otro servicio profesional asistencial sanitario (como el sistema personalizado de dosificación (SPD) y/o el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), y/o al médico de atención primaria (Anexo 5).

La segunda visita con el paciente consiste, por tanto, en informarle sobre la actuación a realizar. Si el paciente requiere de educación sanitaria, se le explica las mejoras a realizar en la toma de su medicación y se le aporta una guía que incluya pautas para mejorar su estado de salud y calidad de vida (Anexo 6). Si se produce una derivación al médico, se hace entrega al paciente de la carta de derivación, donde se explica el motivo por el cual se deriva, y se le cita a las dos semanas para evaluar los resultados de la derivación (tercera y última cita). Si la derivación es a otro servicio asistencial, se le explica el servicio al que se le recomienda derivar, de SFT y/o SPD y se concertarán citas atendiendo al servicio; el SFT requerirá una tercera visita para observar los resultados derivados de nuestra intervención, mientras que el SPD, un servicio destinado a mejorar la adherencia del paciente polimedicado se hará semanalmente mientras el paciente siga con la polimedicación.

Una vez finalizada la intervención realizada a cada paciente, se le hace entrega de un cuestionario de satisfacción del servicio (Anexo 7), el cual es anónimo y voluntario.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Aspectos generales

Se entrevistaron a 16 pacientes (Tabla 1), de los cuales, 5 (31,25%) fueron hombres y 11 (68,25%) mujeres. La media de edad fue de $66,31 \pm 2,30$ años. El 68,75% de los pacientes no precisaba de la ayuda de un cuidador, mientras que el 18,75% sí lo requería y lo tenía y el 12,5% lo necesitaba, pero no disponía de él.

Tabla 1. Pacientes seleccionados para el seguimiento.

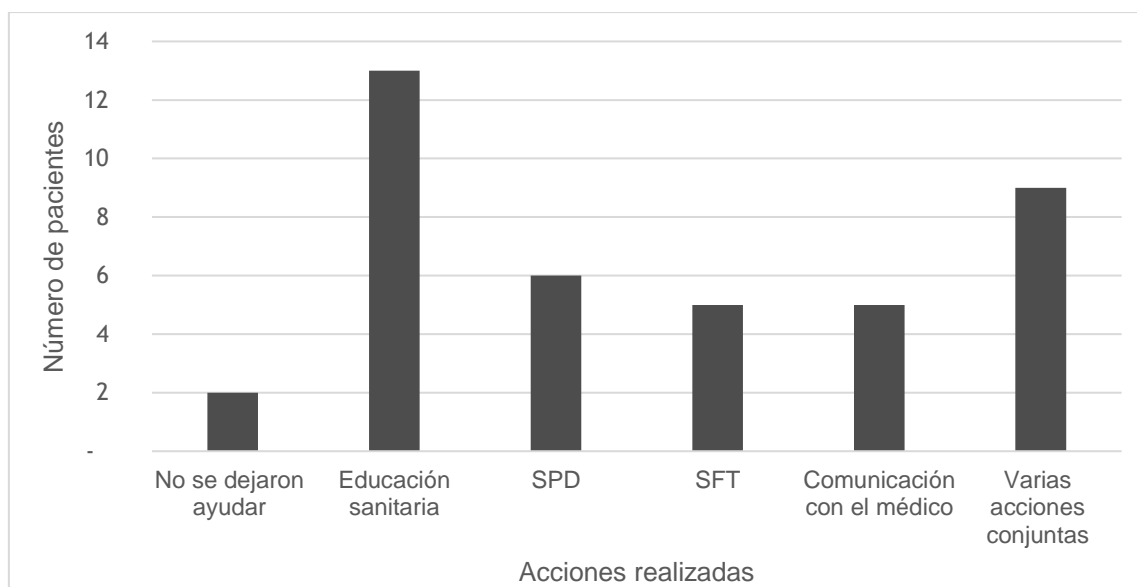
| Paciente | Edad | Sexo | Necesita cuidador | Tiene cuidador | Número de medicamentos prescritos |
|----------|------|--------|-------------------|----------------|-----------------------------------|
| 1 | 57 | Mujer | No | No | 8 |
| 2 | 59 | Hombre | No | No | 6 |
| 3 | 59 | Mujer | No | No | 7 |
| 4 | 60 | Mujer | No | No | 11 |
| 5 | 60 | Mujer | No | No | 9 |
| 6 | 78 | Hombre | Sí | No | 9 |
| 7 | 53 | Mujer | No | No | 10 |
| 8 | 62 | Hombre | Sí | Sí | 10 |
| 9 | 81 | Mujer | Sí | Sí | 10 |
| 10 | 83 | Hombre | Sí | Sí | 12 |
| 11 | 66 | Mujer | No | No | 8 |
| 12 | 62 | Mujer | No | No | 14 |
| 13 | 78 | Mujer | No | No | 10 |
| 14 | 66 | Mujer | No | No | 6 |
| 15 | 67 | Mujer | No | No | 11 |
| 16 | 70 | Hombre | Sí | No | 8 |

El promedio de medicamentos prescritos a cada paciente fue de $9,31 \pm 0,54$. Tras la primera entrevista se observó que, 10 de los 16 pacientes, no conocían un medicamento o más de los que tenían prescrito en su plan de tratamiento.

Dos pacientes de los dieciséis (paciente 6 y 10) se negaron a continuar con del programa. De los catorce restantes, tras la primera visita, se realizó educación sanitaria

a trece pacientes. En cinco pacientes fue necesaria la comunicación con el médico. Cinco pacientes fueron derivados al servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y seis al servicio personalizado de dosificación (SPD). Nueve de los catorce casos necesitaron acciones combinadas (Figura 1).

Figura 1. Acciones llevadas a cabo en los pacientes



Principios activos destinados al tratamiento para las alteraciones del estado de ánimo sólo estuvieron presentes en el sexo femenino, estando pautado en 6 de las 11 mujeres que intervinieron en este estudio. Los problemas psiquiátricos más frecuente en Atención Primaria [10] son el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la depresión. Los síntomas de estas patologías suelen debutar en la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta, pero la prevalencia aumenta en la población geriátrica [11]. El hecho de que sólo se haya prescrito a mujeres, concuerda con numerosas citas bibliográficas que apuntan a un mayor consumo de estos principios activos en este sexo, atribuyéndolo a una mayor predisposición y vulnerabilidad a los factores estresantes o a un menor reparo a la hora de buscar ayuda profesional, entre otros [12-15]. Según las guías clínicas, los pacientes que reciben tratamiento con ansiolíticos para tratar el TAG deben llevar asociado un antidepresivo, comenzando con una mezcla de ambos fármacos y, en un período no superior a 3 meses ir retirando, de forma paulatina, la benzodiazepina dejando el antidepresivo a dosis terapéutica [16].

5.2. Acciones realizadas por el farmacéutico: Atención Farmacéutica.

5.2.1. Educación sanitaria

Trece, de los catorce pacientes (pacientes 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16), necesitaron educación sanitaria por llevar una dieta poco saludable acompañada de vida sedentaria, sólo un paciente declaró hacer ejercicio al menos una vez en semana. Diez pacientes presentaban sobrepeso y, todos ellos, estaban diagnosticados con diabetes mellitus como enfermedad crónica; dos pacientes eran insulino dependientes, con buena adherencia terapéutica y, el resto, tenía prescrito, en su mayoría, combinaciones de metformina con otros medicamentos antidiabéticos. La pérdida de peso en este colectivo favorece el control glucémico [17], por lo que es un objetivo que lograr.

5.2.2. Derivación al Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)

La derivación al SPD se realizó en aquellos pacientes que necesitan mejorar la adherencia al plan de tratamiento. Éstos fueron los pacientes 4, 7, 8, 9, 12 y 16. El control de la adherencia se realizó durante 2 meses, con el recuento de comprimidos sobrantes en el retorno del blíster anterior; ninguno de ellos presentó reacciones adversas durante ese tiempo y todos aumentaron su adherencia al tratamiento.

El 100% de los pacientes derivados al SPD sigue utilizando el servicio una vez finalizado el estudio de Trabajo de Fin de Grado.

5.2.3. Derivación al médico de atención primaria.

Cinco pacientes, los pacientes 2, 3, 4, 9 y 15 (tabla 2) fueron derivados, mediante carta de comunicación, al médico de cabecera por encontrar “indicadores de alarma” que requieren de la evaluación de la prescripción.

Tabla 2. Pacientes derivados al médico de atención primaria.

| Paciente | Motivo de derivación al médico | Posible solución |
|-----------------|--|--|
| 2 | <p>1. Toma, como terapia antiagregante prescrita, ácido acetilsalicílico y clopidrogel.</p> <p>2. Toma cilostazol como automedicación. Fue eliminado del plan de tratamiento, pero lo siguió tomando por quedarle cajas en la casa. Cilostazol es un medicamento de diagnóstico hospitalario, que interacciona con los antiagregantes.</p> | <p>1. Hasta la fecha de la cita, eliminar la toma de cilostazol.</p> <p>2. Monitorización de tiempos de hemorragia y revisión de medicamentos prescritos.</p> |
| 3 | <p>1. El paciente refiere eritema palmar, pudiendo ser debido a la artritis reumatoide que padece. Está siendo tratado con etoricoxib.</p> | <p>1. Seguimiento de la enfermedad reumática.</p> |
| 4 | <p>1. El paciente refiere debilidad muscular. Ésta puede ser debida a hipomagnesia producida por uso prolongado de omeprazol e hidroclorotiazida.</p> <p>2. Presenta infecciones urinarias recurrentes que pueden ser provocada por empagliflozina [18].</p> | <p>1. Evaluación de la debilidad muscular y valoración de cambio de tratamiento.</p> <p>2. Solicitud de cambio de empagliflozina, por posible reacción adversa de infecciones urinarias.</p> |
| 9 | <p>1. Paciente mayor de 65 años, tratado con tapentadol y sin laxante asociado en el plan de tratamiento</p> | <p>1. Se recomienda la introducción de un laxante siguiendo los criterios stopp/start [19]</p> |
| 15 | <p>1. Mala adherencia a tapentadol</p> <p>2. Paciente mayor de 65 años sin laxante asociado en el plan de tratamiento</p> | <p>1. Comunicación sobre la mala adherencia al opiáceo prescrito.</p> <p>2. Se recomienda la introducción de un laxante siguiendo los criterios stopp/start [19]</p> |

La comunicación con el médico en la paciente 4 consiguió el cambio del Synjardy® 1000 mg/5 mg (empagliflozina/metformina hidroclicloruro) a Zomarist® 50 mg/1000 mg

(metformina hidroclicloruro/vildagliptina), haciendo que desaparecieran las infecciones de orina.

5.2.4. Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

Este servicio permite detectar problemas relacionados con medicamentos (PRM), es decir, todas aquellas situaciones que pueden provocar un resultado negativo asociado a la medicación (RNM). Un PRM puede ser una administración errónea del medicamento, una contraindicación, una duplicidad o una interacción, entre otras. Un RNM es, por tanto, el resultado del PRM, que se puede traducir en el paciente como síntomas, signos, eventos clínicos, alteraciones en las mediciones fisiológicas o metabólicas o la muerte [20].

Un PRM se observó al comprobar que 2 pacientes de esta categoría (paciente 3 y 9) ejecutan una incorrecta administración del inhibidor de la bomba de protones (IBP). Cabe destacar que el más prescrito fue el omeprazol. El principal motivo de error es la administración conjunta con alimentos y/o medicamentos, lo que puede provocar una inefectividad del tratamiento. Los IBP deben administrarse en ayunas, unos 30 minutos antes de la ingesta de alimentos [21], pues de esta forma se permite un pico de concentración plasmática coincidente con el máximo número de bombas de protones activadas y la presencia de comida en el estómago disminuye la absorción del IBP. Sin embargo, en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) nocturna, la administración de omeprazol se recomienda antes de la cena, pues la inhibición de la acidez es superior que si se administra antes del desayuno [22], o bien en dos dosis diarias, aunque esto puede dificultar la adherencia. La correcta administración mejora, por tanto, la eficacia del tratamiento.

Por otra parte, de los catorce pacientes, tres (pacientes 2, 15 y 16) utilizaban ácido acetilsalicílico como tratamiento antiagregante plaquetario, mientras que cuatro (pacientes 2, 4, 8 y 12) tenían prescrito clopidogrel. Destacar la duplicidad existente en el tratamiento antiagregante en el paciente 2. De ellos, cuatro (pacientes 2, 4, 8 y 15) lo usaban junto con omeprazol y dos (pacientes 12 y 16), junto con pantoprazol. Las interacciones de los IBP con otros fármacos son escasas; sin embargo, con clopidogrel existen algunos estudios que alertan de un posible riesgo de accidente cardiovascular [23] aunque los resultados no sean concluyentes. Por tanto, para evitar este PRM por interacción, lo aconsejable a estos pacientes es estudiar el riesgo individual de cada uno

y espaciar la toma entre ellos (mañana vs noche, en caso de prescribir ambos principios activos [24].

El 100% de los pacientes que tenían prescrito en su plan de tratamiento Eutirox® (levotiroxina) (pacientes 4, 7 y 15), no lo tomaban correctamente. Levotiroxina debe tomarse por la mañana, con el estómago vacío, una media hora antes del desayuno y acompañada con un poco de agua [25]. Además, si se va a tomar otro medicamento, deben espaciarse las tomas entre ellos. Prevenir este PRM por administración errónea de la medicación evita problemas de ineficacia.

También se observó RNM en siete de los once pacientes tratados con estatinas, pues manifestaban trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo como mialgia y espasmos musculares (pacientes 3, 8, 9, 11, 13, 15 y 16). El principio activo más prescrito fue atorvastatina, prescrita a cinco de los pacientes (pacientes 8, 11, 13, 14 y 15). Las reacciones adversas descritas por los pacientes son frecuentes con el uso de estatinas, pero, además, atorvastatina es, junto con simvastatina, una de las estatinas que puede producir mayor tasa de miositis (reacción adversa rara) [26]. Se recomendaron medidas higiénico dietéticas.

5.2.5. Acciones conjuntas.

| Paciente | ¿Cuáles fueron? | Justificación |
|-----------------|----------------------------|---|
| 2 | SFT | Comprobar continuidad y mejora del tratamiento antiagregante y antidiabético. |
| | Comunicación con el médico | Comunicación del medicamento auto-prescrito (cilostazol). |
| 3 | SFT | Comprobar continuidad del tratamiento con el IBP y la aparición de reacciones adversas por la estatina. |
| | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. Dar a conocer la indicación de la medicación. |
| | Comunicación con el médico | Signos de enfermedad reumática. |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 4 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. |
| | SFT | Comprobar continuidad del tratamiento y la aparición de reacciones adversas. |
| | SPD | Debido a la mala adherencia al tratamiento. |
| | Comunicación con el médico | Solicitar cambio de medicamento antidiabético y revisar medicación. |
| 7 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. Dar a conocer la indicación de la medicación. |
| | SFT | Comprobar continuidad del tratamiento y la aparición de reacciones adversas. |
| | SPD | Debido a la mala adherencia al tratamiento. |
| 8 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. Dar a conocer la indicación de la medicación. |
| | SPD | Sustitución de un pastillero casero, garantizando la calidad del medicamento. |
| 9 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable, que permita el control de los parámetros: tensión arterial, hemoglobina glicosilada y colesterol total. Dar a conocer la indicación de la medicación, consiguiendo una mejora en la adherencia. |
| | SFT | Comprobar continuidad del tratamiento (hasta alcanzar el control de los parámetros tensión arterial, hemoglobina glicosilada y colesterol total) y la desaparición de reacciones adversas por la estatina. |

| | | |
|----|----------------------------|--|
| | SPD | Debido a la mala adherencia al tratamiento. |
| | Comunicación con el médico | Recomendación de prescripción de laxante por la toma de tapentadol en persona mayor de 65 años. |
| 12 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. |
| | SPD | Sustitución de un pastillero casero, garantizando la calidad del medicamento. |
| 15 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. |
| | Comunicación con el médico | Comunicar la mala adherencia a tapentadol. Recomendación de prescripción de laxante por la toma de tapentadol en persona mayor de 65 años. |
| 16 | Educación sanitaria | Implementar un estilo de vida saludable. Dar a conocer la indicación de la medicación. |
| | SPD | Debido a la mala adherencia al tratamiento. |

5.3. Limitaciones del estudio.

La aparición de la infección por COVID-19 impidió la continuidad del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en algunos pacientes, las entrevistas fijadas en el estado de alarma fueron eliminadas y con ello la continuidad del servicio.

Estas entrevistas evaluaban la evolución del paciente, observando si las medidas establecidas en la primera intervención habían mejorado su calidad de vida. Además, en ninguno de los pacientes se entregó la encuesta de satisfacción del servicio para evaluar la calidad de la farmacia asistencial realizada en este trabajo de fin de grado.

6. CONCLUSIONES

- Se necesita fomentar, desde la farmacia comunitaria, el uso de los servicios que ésta presta a la población, ya que son desconocidos para la gran mayoría.
- Se observa la inexistencia de un método de comunicación directa entre el médico y el farmacéutico para solucionar aspectos relacionados con la medicación del paciente.
- El grado de conocimiento del tratamiento por parte del paciente determina la eficacia de éste. Las intervenciones han ayudado a resolver dudas sobre la medicación, a identificar errores en la administración e interacciones medicamentosas. Todo ello ha aumentado la seguridad de las tomas.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Faus Dáder, M. J., Amariles Muñoz, P., Martínez Martínez, F. (2018). Atención farmacéutica servicios farmacéuticos orientados al paciente. Armilla. Avicam.
2. Instituto Nacional de Estadística (2019). Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/pad_2019_p.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
4. Hernández, D.S, Benbrahim N.F. (2011). Servicio de seguimiento farmacoterapéutico. Conceptos: resultados negativos asociados a la medicación y problemas relacionados con los medicamentos. Revista profesional de formación continuada, 7(79), 23-34.
5. Mikeal, R. L., Lazarus, H. L., Vinson, M. C. et al. (1975). Quality of pharmaceutical care in hospitals. American Journal of Health-System Pharmacy, 32(6), 567-574.
6. Organización Mundial de la Salud. (1993). El papel del farmacéutico en el sistema de atención en salud. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud. Tokio, Japón. Ars Pharm. 1995; 36: 285-292.
7. Alvarez de Toledo Saavedra, F., Arcos González P., Eyaralar Riera T. et al. (2001). Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. Dáder, M. J. F., Romero, F. M. (1999). La Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. Pharmaceutical Care España, 1, 52-61.
9. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm 177, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 25 de julio de 2015.
10. Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I. et al. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. Actas Españolas de Psiquiatría, 37(1).
11. Jiménez, M., Gálvez, N. (2007). Depresión y ansiedad. Tratado de GERIATRÍA para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. pd, 243.

12. Romero, F. B., Moreso, J. L. P., Gilabert, N. M. et al. (2008). Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Atención Primaria*, 40(12), 617-621.
13. Carvajal Lohr, A., Flores Ramos, M., Montejo, S. M. et al. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 39-45.
14. Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 55-64.
15. Colell, E., Sánchez-Niubò, A., Domingo-Salvany, et al. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 369-375.
16. Gonçalves Estella, F., González Rodríguez, V.M., Vázquez Castro, J. (2008). Atención Primaria de Calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad. España. 2º Edición actualizada. Organización Médica Colegial de España. Ministerios de Sanidad y Consumo. International Marketing and communication, S.A. (IM&C)
17. Diaz Buschmann, I., Castro, A., Galve, E. et al. (2012). Comentarios a la guía de práctica clínica de la ESC sobre prevención de la enfermedad cardiovascular. Un informe del Grupo de Trabajo del Comité de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología. *Revista Española de Cardiología*, 65(10), 869-873.
18. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. (2017). Informe de Posicionamiento Terapéutico de empagliflozina (Jardiance®) en diabetes mellitus tipo 2.
19. Gallo, C., Vilosio, J., Saimovici, J. (2015). Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*, 18(49), 124-129.
20. Foro de Atención Farmacéutica. (2006). PRM y RNM: conceptos y definiciones. *Farmacéuticos*, 315, 28-9.
21. Castro, L. A., de Prados, C. M. D. A., Martínez, A. A. (2016). Consideraciones prácticas en el manejo de los inhibidores de la bomba de protones. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. (108/3), 145-153.
22. Hatlebakk, J. G., Katz, P. O., Kuo, B. et al. (1998). Nocturnal gastric acidity and acid breakthrough on different regimens of omeprazole 40 mg daily. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 12(12), 1235-1240.

23. Huang, B., Huang, Y., Li, Y. et al. (2012). Adverse cardiovascular effects of concomitant use of proton pump inhibitors and clopidogrel in patients with coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Archives of medical research*, 43(3), 212-224.
24. Arbeloa, A. L. (2010). Inhibidores de la bomba de protones y clopidogrel en el paciente cardiovascular: ¿riesgo cardiovascular versus riesgo gastrointestinal? *Gastroenterología y hepatología*, 33(1), 1-5.
25. Bros, J. A., Lluís, P. G., Cabot, G. L. et al. (2011). Hipotiroidismo primario: consideraciones para una buena utilización del tratamiento con levotiroxina. *Medicina Clínica*, 136(5), 207-214.
26. E. Link, S. Parish, J. Armitage, L et al. (2008). SLCO1B1 variants and statin-induced myopathy- a genomewide study. *New England Journal of Medicine*, 359(8), 789-799.

ANEXO I

SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE DATOS

D/D^a _____ con DNI _____,
o en su nombre su responsable legal,
D/D^a _____ con DNI _____

AUTORIZO

A registrar mis datos personales y farmacológicos para el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Me comprometo a comunicar al equipo integrante del servicio de seguimiento farmacoterapéutico cualquier cambio que sufra mi estado de salud y/o medicación, con el fin de asegurar el correcto desarrollo del servicio de seguimiento.

Asimismo, admito ser consciente de que mis datos sanitarios (medicación, pautas posología y posología real) serán utilizados en el trabajo de fin de grado de la alumna de la ULL María Núñez Catalán, con DNI _____; la cual me suministrará la información necesaria para la correcta utilización de los medicamentos que aparecen en mi plan de tratamiento actual y me comunicará cualquier problema relacionado con el medicamento que detecte.

Firma del paciente o representante legal

Nombre y DNI

En _____, a _____ de _____ de 2020

De acuerdo con lo que establece el RGPD UE 2016/679, en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos personales que nos facilite, incluidos los de la salud, serán incorporados al fichero del cual es titular la FARMACIA ARGUAL, con la finalidad de ofrecerle una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica. Con la suscripción de este documento consiente a dejar que estos datos se puedan tratar con la finalidad prevista. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición dirigiéndose por escrito a: FARMACIA ARGUAL., C/ Manuel de Falla, 16 Argual – Los Llanos de Aridane, Código postal 38760, La Palma.

ANEXO II

HOJA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO INICIAL DEL PACIENTE

| | |
|---------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| Fecha de nacimiento | |
| DNI | |
| Teléfono | |
| Alergias | |
| LOPD | |
| Datos sanitarios | |
| Persona dependiente | |

MEDICAMENTO 1:

| ¿Sabe para qué se lo toma? | Posología prescrita | Posología utilizada | Dosis utilizada | Administración | Dificultad de toma | RAM |
|----------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------|--------------------|-----|
| | | | | | | |

Observaciones:

ANEXO III**REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA**

| | |
|---------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| Fecha de nacimiento | |
| DNI | |
| Teléfono | |
| Médico prescriptor | |

| Medicamento | ¿Cuándo me lo tomo? | ¿Con o sin alimentos? | ¿Vía de administración? | Observaciones |
|-------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ANEXO IV

INFORME

| | |
|---------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| Fecha de nacimiento | |
| DNI | |
| Teléfono | |

Resumen completo del plan de tratamiento después de la entrevista realizada en la Farmacia Argual:

Medicamento 1: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento 2: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento 3: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento 4: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento 5: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento 6: conoce/no conoce, buena adherencia (sí/no)

Medicamento fuera de receta:

Enfermedades:

Síntomas:

Fallos de la receta:

Recomendaciones:

ANEXO V

CARTA DE COMUNICACIÓN CON EL MÉDICO

Estimado Dr.

El paciente con
DNI....., ha asistido a la farmacia con
motivo.....

.....
.....

Revisando la medicación prescrita se cree que puede ser debido a:

.....
.....
.....

Desde el servicio de seguimiento farmacoterapéutico en el cual se encuentra el paciente, nos queremos poner en contacto directo con usted para solventar el problema expresado anteriormente.

En _____, a ____ de _____ de 2020

De acuerdo con lo que establece el RGPD UE 2016/679, en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, le informamos que los datos personales que nos facilite, incluidos los de la salud, serán incorporados al fichero del cual es titular la FARMACIA ARGUAL, con la finalidad de ofrecerle una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica. Con la suscripción de este documento consiente a dejar que estos datos se puedan tratar con la finalidad prevista. Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición dirigiéndose por escrito a: FARMACIA ARGUAL., C/ Manuel de Falla, 16 Argual – Los Llanos de Aridane, Código postal 38760, La Palma.

ANEXO VI

Protocolos de Actuación Farmacéutica
EJERCICIO FÍSICO Y NUTRICIÓN

Introducción

La práctica de **ejercicio físico** contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida siendo el complemento ideal a **una dieta saludable y equilibrada**. Se ha demostrado que el ejercicio físico, practicado de forma regular, contribuye a incrementar la masa muscular y la densidad mineral ósea, disminuye la proporción de grasa corporal y reduce la prevalencia de sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades asociadas.

En cambio, el **sedentarismo** representa el **cuarto factor de riesgo** de muerte. Reducir la inactividad física puede suponer un aumento de 5 años en la esperanza de vida.

La dieta y la actividad física saludables deben ir de la mano

| | |
|---|--|
| Diversificada Individualizada Equilibrada Tolerada Adaptada | Adaptada Constante Tolerada Individualizada Variada Progresiva Descansada Alimentada Hidratada |
|---|--|

Recomendaciones de ejercicio físico

La planificación de un ejercicio físico supone varias fases incluidas en la denominada **teoría estímulo-fatiga - recuperación - adaptación o ciclo de la supercompensación**.

Al iniciarse cualquier ejercicio (**estímulo**) el organismo utilizará sus reservas energéticas glucosa/glicógeno a corto plazo y lípidos a medio y largo plazo) hasta su agotamiento (**fatiga**). Tras aplicar un descanso y reposición de nutrientes e hidratación (**recuperación**), la persona estará en condiciones de volver a realizar dicho ejercicio (**adaptación**).

Nivel de rendimiento físico (capacidad de esfuerzo)

Aplicación del estímulo o carga

Aumento del rendimiento Supercompensación

NIVEL INICIAL DE RENDIMIENTO

Atención del medio interno

Recuperación

Disminución del rendimiento por efecto de la carga

Tempo

La repetición constante y regular de este ciclo supondrá la implantación y mantenimiento de un estado de condición física correcto.

Niveles de rendimiento

Estímulos de carga

Tiempo

Sobreentrenamiento

Entrenamientos demasiado frecuentes: Disminución del rendimiento

Si la recuperación no se realiza adecuadamente, el organismo será incapaz de realizar el ejercicio físico que se le exige, aparecerá de nuevo la fatiga e incluso, una situación de estrés oxidativo (**sobreentrenamiento**).

Niveles de rendimiento

Estímulos de carga

Tiempo

Se permite la recuperación pero no se aproxima la sobrecompensación

Si la recuperación se realiza adecuadamente y en el tiempo necesario, entonces la práctica regular de ese ejercicio supondrá el **mantenimiento** de la forma física.

Niveles de rendimiento

Estímulos de carga

Supercompensación

Entrenamientos moderados de forma óptima para el progreso

Si el ejercicio y recuperación son regulares y coordinados y además, se va aumentando progresivamente la intensidad y/o duración del ejercicio, entonces se producirá una mejora sustancial en la forma física de la persona (**supercompensación**).

A una **progresión** en la intensidad y duración del ejercicio físico deberá sumarse la **variación** del mismo, realizando diferentes formas de ejercicio físico, **preferentemente aeróbicos**.

Recomendaciones para evitar el sobreentrenamiento

- Alimentación e hidratación adecuadas, puede ser necesario el uso ocasional de suplementos nutricionales (siempre bajo control de un profesional sanitario, como es el farmacéutico)
- Descanso: 8 horas/día y 1 día/semana
- Carga adecuada a tipología (edad, sexo, condición)
- Actividad regular y constante (planificada)
- Moderación en ejercicios de fuerza
- Evitar la monotonía en el ejercicio (variedad)
- En caso necesario, realización de masajes terapéuticos por parte de profesionales (fisioterapeutas)

Consejo Farmacéutico

- ✓ Realiza ejercicio físico, de intensidad moderada a vigorosa, al menos 30 minutos al día y 5 veces a la semana.
- ✓ Rompe con tus actividades sedentarias **cada 30-60 minutos**, realizando **algún movimiento** de **2-3 minutos** de duración.
- ✓ El ejercicio tiene que ser no estenuante, preferentemente de tipo aeróbico y adaptado siempre a tus gustos, posibilidades y características personales (edad, sexo, condición física, estado patológico, etc.).
- ✓ Para que la práctica de ejercicio físico sea eficaz y beneficiosa, cubre tus necesidades **nutricionales** (dieta **variada, equilibrada**), de **hidratación** y especialmente de ingesta de **antioxidantes**.

Después del ejercicio:

- Descansa
- Hidrátate
- Aliméntate

¡Hay muchas opciones de ser activo!

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Vocalía Nacional de Alimentación

ANEXO VII

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (SFT)

| | |
|--|-----------------------------------|
| Edad: | Sexo: |
| Dependiente: Sí No | Números de medicamentos que toma: |
| Afiliación: Sistema Público de Salud Mutua privada | |

En cada una de las preguntas siguientes, marque la casilla correspondiente

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|-------------|------------|-----------------------|
| Conozco para qué tomo cada medicamento | | | | | |
| Cumplo con la posología de cada medicamento | | | | | |
| Sigo con dudas sobre el tratamiento farmacológico prescrito | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Me gusta la forma en la que el farmacéutico se comunica con el médico a través de mí, haciéndome participe de la situación en todo momento | | | | | |
| Propondría que el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico lo costeara la Seguridad Social | | | | | |
| Seguiría formando parte del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico | | | | | |
| Recomendaría el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico ofertado en esta farmacia a mis familiares o amigos | | | | | |
| Estoy satisfecho/a con el servicio recibido | | | | | |