

Artículo original

Diseño de un protocolo de intervención para aplicar a pacientes de riesgo cardiovascular atendidos en la farmacia comunitaria

Design of an intervention protocol to be applied to cardiovascular risk patients cared for in the community pharmacy

Buenavida P¹, de la Matta-Martín MJ¹, de la Puerta R², Martín-Calero MJ^{2*}

¹Farmacia comunitaria

²Universidad de Sevilla

*Correspondencia: calero@us.es

Recibido: 17.12.20; aceptado: 30.12.20

Resumen: Objetivo: implementar una intervención compleja en pacientes de riesgo cardiovascular (RCV) en farmacia comunitaria (FC) para ayudarles a mejorar la gestión de su enfermedad. Metodología. La experiencia se realizará en cuatro FC. Tras ser caracterizados, los pacientes se distribuirán, aleatoriamente, en dos grupos, control (GC) e intervención (GI). El GC solo recibirá los cuidados farmacéuticos habituales. Al GI se le aplicarán protocolos específicos de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y educación terapéutica (ET) bimensualmente durante 6 meses. Al finalizar, se compararán en ambos grupos: Cifras de presión arterial (PA), hemoglobina glicada, perfil lipídico, peso, actividad física, tabaquismo, conocimiento del RCV, adherencia al tratamiento y capacidad de autogestión terapéutica. Conclusiones. Experiencias similares con pacientes hospitalarios nos animaron a ensayar estos protocolos en FC. Pero los resultados tendrán que evaluarse antes de concluir su bondad en nuestro ámbito.

Abstract: Objective: To implement a complex intervention in cardiovascular risk (CVR) patients in community pharmacy (CP) to improve the management of the disease. Methodology. The experience will be carried out in four CP. After characterizing the patients, they will be distributed in two groups, control (CG) and intervention (IG) groups. The CG will receive the usual care. The IG will be given pharmacotherapeutic follow-up (PTF) and therapeutic education (TE) protocols bimonthly for 6 months. Finally, blood pressure values, glycated hemoglobin, lipid profile, body mass index (BMI), degree of physical activity, tobacco consumption, level of knowledge of CVR, pharmacotherapeutic profile, adherence to treatments and capacity for self-management of the disease, will be compared. Conclusions. Similar experiences developed in hospital patients encouraged us to try these protocols in CP. However, until the results are processed and evaluated, we cannot conclude the goodness of these results in our field.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, Farmacia comunitaria, Seguimiento farmacoterapéutico, Educación terapéutica. **Keywords:** Cardiovascular risk, Community pharmacy, Pharmacotherapeutic follow up, Therapeutic education.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), resalta que las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de defunción en el mundo, registrándose en 2017 más de 17 millones de fallecimientos [1]. Constituyen un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, entre las que cabe citar: cardiopatía isquémica coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita y miocardiopatías [1].

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017) en el año 2016 el 28,3% del total de defunciones en España se debieron a ECV (119.778), correspondiendo a mujeres el 53,8% y siendo la primera causa de mortalidad entre ellas [2].

Entre los principales factores de riesgo que predisponen al debut de la ECV hay que considerar la hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, obesidad, sedentarismo, edad o antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana [1]. A excepción de los dos últimos, todos los restantes pueden ser modificables ya que están relacionados con hábitos de vida no saludables [3]; de ahí la importancia, cada día más constatable, de que el paciente conozca el alcance de su enfermedad para poder afrontarla con mayor eficacia.

La adaptación española de la «Guía europea de prevención de las enfermedades cardiovasculares 2016» destaca el papel que deben liderar médicos y enfermeros de atención primaria en promocionar estilos de vida saludables, proporcionando a los pacientes la información y la formación necesarias para que se involucren, de forma más activa, en la gestión de su enfermedad [4]. Entre los profesionales sanitarios involucrados en estas estrategias, debe incluirse al farmacéutico que, por su accesibilidad al paciente, podría influir fácilmente en mejorar hábitos de vida, tales como la adopción de una alimentación saludable, al incremento de la actividad física o el abandono del tabaquismo.

En 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad, publica las *Estrategias de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud* en las que claramente se indica que “los profesionales de las áreas sanitarias deben coordinarse además con otros agentes de salud como los farmacéuticos comunitarios cuya posición es ideal para proporcionar una unión entre el prescriptor y el paciente y para comunicar información sobre salud y medicamentos a la población”. En este documento se reconoce que “el papel del farmacéutico ha evolucionado en las últimas décadas desde elaborador y dispensador de fármacos hacia proveedor de servicios y cuidados de salud contribuyendo a mejorar el acceso a la atención sanitaria, la promoción de la salud y el uso de los medicamentos” [5]. Más recientemente, en 2017, las Sociedades Españolas de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC), de Medicina de Atención Primaria (SEMERGEN), de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) y de Médicos Generales y de Familia (SEMG) publican un documento de trabajo en el que se establecen las bases de un *Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria*. En este documento, se abordan los aspectos clínicos de colaboración médico-farmacéutico y se establecen las bases para implementar dicha colaboración [6].

De otra parte, el propio Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, junto a otras instituciones, ponen de manifiesto que los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, comparten con el resto de los equipos sanitarios “la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos”. En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico ha de aportar conocimientos y habilidades específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes encontrándose plenamente cualificado para ofrecer desde la farmacia comunitaria (FC) una amplia Cartera de Servicios entre los que se encuentran la detección e identificación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), el seguimiento de la farmacoterapia que reciben los pacientes (SFT) así como la educación terapéutica (ET) que permitirán a los mismos, una mejor gestión de la enfermedad y de sus tratamientos [7].

Todos estos antecedentes nos han inducido a diseñar el protocolo experimental que

describimos a continuación basado en la ET y en el SFT de pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) atendidos en la FC.

Objetivos

Suponiendo el papel que puede jugar el farmacéutico comunitario en la prevención y/o mejor pronóstico de las ECV, nuestro propósito ha sido diseñar un protocolo de atención a pacientes con FRCV, usuarios de la FC, basado en el SFT y ET con la finalidad de ayudarles a mejorar la gestión de sus patologías y de su farmacoterapia, para contribuir a reducir su RCV.

Metodología

Población, ámbito y período del estudio

Se ha propuesto este estudio piloto, incluyendo pacientes pertenecientes a dos farmacias comunitarias de Sevilla (Andalucía) y otras dos de Badajoz (Extremadura). En ambas ciudades, una de las farmacias se halla situada en un barrio de nivel sociocultural medio-bajo y la otra en zonas habitadas preferentemente por profesionales.

Los pacientes serán abordados por el personal de las farmacias, cuando acudan a retirar su medicación para, al menos uno de los siguientes FRCV: HTA, DM, dislipemia o prevención de ECV.

El periodo de estudio será de 18 meses con los pacientes de Sevilla y otros 18 más con los de Badajoz. La evaluación y procesamiento de los datos abarcará al menos 6 meses.

Tamaño de la muestra

El tamaño inicial de la muestra será de 100 pacientes, 25 por cada farmacia, calculado a partir de una población estimada de pacientes con FRCV atendidos/año en cada una de las farmacias seleccionadas, teniendo en cuenta que la media global de usuarios/farmacia en España es de 2100 habitantes, y para un nivel de significación $\alpha = 5\%$ y la potencia del contraste $\beta=80\%$.

Se ha diseñado una intervención compleja desarrollada en varias fases:

Fase de revisión bibliográfica

Consultando las Guías oficiales de los diferentes FRCV, estudios realizados en Atención Primaria y en FC con pacientes de RCV, revisiones sistemáticas y metaanálisis relacionados con los cuidados que reciben estos pacientes desde la Atención Primaria, publicaciones sobre importancia de la ET en relación a pacientes de RCV, y sobre los diferentes Servicios Profesionales que puede ofertar la FC. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos más relevantes: Scopus, ScienceDirect, Pubmed y Cochrane.

Las palabras clave más utilizadas han sido: *Cardiovascular Risk, community pharmacy and cardiovascular risk, pharmacist intervention, primary care health services, patient and hypertension, diabetes, obesity, hypercholesterolemia, therapeutic patient education.*

Fase 1. Caracterización de la muestra

Previamente, se realizará un estudio observacional, descriptivo de carácter transversal, para poner de manifiesto las necesidades reales de los pacientes en relación a su enfermedad y farmacoterapia y conocer su nivel de percepción y grado de conocimiento de aquellas. Esta fase es de suma importancia, ya que en ella se definen todos los componentes necesarios para desarrollar posteriormente la intervención.

Todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión (mayores de 18 años con tratamiento para, al menos, uno de los FRCV ya mencionados y/o que hubiesen sufrido un evento CV previo y/o presentasen obesidad y/o tabaquismo; sin impedimentos para acudir a la farmacia, ni para comunicarse), tras recibir la información sobre el estudio en la hoja de información al paciente, si aceptaran participar, deberán firmar el consentimiento informado.

En las entrevistas, para las que se prevé una duración de 30-45 minutos por paciente, se obtendrán todos los datos incluidos en un cuestionario semi-estructurado, validado para este fin en pacientes del ámbito hospitalario [8] y posteriormente adaptado a la farmacia comunitaria [9].

Las variables a evaluar se enumeran a continuación:

- a) Sexo, edad, nivel de formación, datos de convivencia y/o relacionados con la unidad familiar.
- b) Grado de actividad física [10].
- c) Nivel de consumo de tabaco.
- d) Hábitos alimentarios de los pacientes.
- e) Estratificación del RCV utilizando la tabla SCORE [11].
- f) Grado de conocimiento de su RCV y sus FRCV. A partir de la puntuación alcanzada al cumplimentar el cuestionario, los pacientes serán clasificados en 2 categorías: Conocimiento adecuado o inadecuado. También se determinará la percepción de su estado de salud.
- g) Valoración de los FRCV: HTA (presión arterial sistólica, PAS y diastólica, PAD), dislipemia (colesterol total, CT; niveles de triglicéridos, TG y de lipoproteínas de alta y baja densidad unidas al colesterol, HDLc y LDLc), DM (porcentaje de hemoglobina glicosilada en sangre, HbA1c), obesidad (valorando el Índice de masa corporal, IMC, de cada paciente). Estos parámetros se medirán utilizando equipos validados en todas las farmacias y se clasificarán para cada paciente de acuerdo con las Guías Oficiales Internacionales [12-15].
- h) Medicación que recibe el paciente incluyendo automedicación y tratamientos fitoterapéuticos (perfil farmacoterapéutico).
- i) Nivel de adherencia a los tratamientos (test Morisky-Green-Levine) [16].

Fase 2. Diseño e implementación de las estrategias para desarrollar la intervención

La información procesada de los datos obtenidos en la fase anterior, permite determinar las necesidades psicosociales, de formación sanitaria y farmacoterapéutica de los pacientes. Para cubrir estas necesidades se utilizarán estrategias educativas y psicopedagógicas basadas en el modelo de la autorregulación del comportamiento a favor de la salud, la teoría social cognitiva, la autoeficacia y en la educación terapéutica. Se empleará el procedimiento de *empowerment* o fortalecimiento de capacidades

[17], consistente en proporcionar a los pacientes la información y la formación necesaria para desarrollar habilidades determinadas que le permitan convertirse en el gestor de su enfermedad, comprometiéndose más ampliamente con el proceso terapéutico.

Para implementar el proceso hay que contar con los necesarios recursos en las cuatro farmacias participantes.

Recursos humanos: Farmacéutica especializada en atención farmacéutica que será la investigadora encargada de desarrollar el proyecto desplazándose a las cuatro farmacias seleccionadas; farmacéuticos adjuntos y técnicos en farmacia para colaborar en el proceso de captación de los pacientes y concertar las citas; farmacéutica ajena al estudio, encargada de la aleatorización de los pacientes.

Recursos materiales: Zona de atención personalizada (ZAP); equipos calibrados y validados para las determinaciones realizadas (tensiómetro Omron® digital M3 con brazalete adaptable a la circunferencia del brazo de cada paciente; báscula mecánica con altímetro integrado; equipo COBAS b101 Roche® para la determinación de HbA1c y el perfil lipídico (CT, c-LDL, c-HDL, TG); lancetas Accu-chek Safe-T-Pro Plus para realizar las punciones; material sanitario (gasas, alcohol 96º y algodón) y recursos materiales propios de un despacho tales como mesas, sillas, ordenadores.

Población de estudio y tamaño muestral:

Pacientes atendidos a diario en las cuatro farmacias ya citadas y seleccionados como se ha descrito en la Fase 1. El tamaño de la muestra ha sido de 100 pacientes (25 por cada farmacia), que serán asignados aleatoriamente a los grupos control (GC) e intervención (GI) con 50 pacientes cada uno.

Para calcular este tamaño (n = 100) se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones: Se estimó que sería clínicamente relevante una diferencia de 0,50 o superior a favor del GI en la reducción del RCV después de 6 meses. Asimismo, basándonos en estudios previos de similares características y duración, se asumió una desviación típica del cambio en el RCV poblacional de 0,56. Finalmente, se eligieron los valores habituales en los ensayos controlados

aleatorios de igual naturaleza para el nivel de significación ($\alpha = 5\%$) y la potencia del contraste ($\beta = 80\%$) [18].

Utilizando el normograma de Altman para el cálculo del tamaño de la muestra, con los datos anteriores, resultaría un tamaño muestral necesario para cada grupo de ≈ 40 , que supondría un total de 80 pacientes. Tamaño que fue corroborado mediante cálculo exacto con el paquete *TrialSize* en *RStudio*. En previsión de posibles abandonos durante el seguimiento, se seleccionó un total de 100 pacientes, asignándose 50 a cada grupo, GI y GC.

Desarrollo del proceso

Los pacientes serán citados para las entrevistas en la consulta farmacéutica que se realizará en la ZAP de cada farmacia, en horario de apertura de las mismas: los datos recabados, utilizando los cuestionarios validados ya descritos, serán registrados para su procesamiento.

Con los resultados previos de la caracterización y con el fin de conseguir el máximo beneficio para nuestros pacientes, se utilizarán unos protocolos de ET, previamente diseñados por nuestro grupo de trabajo para una Unidad Especializada en Riesgo Cardiovascular [8] y posteriormente adaptados a la FC [19]. Se han reunido en tres grupos:

- I) *Intervenciones relacionadas con las necesidades educativas y psicopedagógicas del paciente*, con 11 categorías que abarcan hábitos saludables, habilidades para gestionar la enfermedad, conocimiento y experiencias sobre la misma, expectativas de resultado, función cognitiva y de comunicación, así como nivel de conocimiento sobre el proceso de uso de los medicamentos.
- II) *Intervenciones relacionadas con la gestión de la farmacoterapia*, con una sola categoría que evalúa la experiencia del paciente con su medicación.
- III) *Intervenciones relacionadas con el uso de la farmacoterapia*, que consta de las 6 categorías que constituyen el SFT (2 de necesidad, 2 de efectividad y 2 de seguridad) y una más para determinar las causas de la no adherencia a los tratamientos (Tablas 1,2 y 3).

En total se valoran 19 categorías, definiendo en cada una, los posibles problemas detectados, así como las intervenciones a realizar por el farmacéutico. Todos estos ítems (categorías, problemas detectados e intervenciones) van convenientemente numerados e identificados para poder procesar los datos obtenidos en cada paciente que, previamente se volcarán en una tabla Excel.

Se realizará también el SFT a cada paciente para evaluar la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos que recibe, siguiendo la metodología propuesta por Foro de Atención Farmacéutica [7].

Fase 3. Evaluación de la intervención farmacéutica

Con este propósito, se llevará a cabo un *ensayo clínico controlado, aleatorizado, longitudinal, prospectivo y sin enmascaramiento*, en el cual, el GC recibirá los cuidados habituales de su farmacia y el GI recibirá el proceso asistencial diseñado basado en SFT y ET, con el fin de comparar los resultados obtenidos entre ambos grupos después del período de seguimiento de los pacientes que se establecerá en 6 meses.

Además, se evaluarán los resultados obtenidos en el GI al inicio del proceso asistencial y al finalizar el mismo (*estudio quasi-experimental antes-después*).

Las variables relacionadas con el objetivo del proyecto se determinarán en el GC en tiempo inicial o tiempo 0 (t_0) y en tiempo final tras los 6 meses de duración del ensayo (t_6). La secuencia de entrevistas del GI será bimensual (a los 2 meses de inicio del protocolo experimental (t_2), a los 4 meses (t_4) y al final de los 6 meses (t_6), salvo que se necesite alguna intervención adicional y/o en el caso de las entrevistas de retorno a aquellos pacientes a los que su médico realice algún cambio tras la intervención farmacéutica.

En ambos grupos se analizarán:

- a) Valores promedio y evolución de las cifras de PAS y PAD; del perfil lipídico, CT, c-LDL, c-HDL TG; de las cifras HbA1c, del IMC y de los niveles de RCV.
- b) Valores promedio y evolución en el número de pacientes sedentarios y el porcentaje de variación de fumadores, así como el número

- de pacientes que consigan disminuir el consumo de tabaco.
- c) Porcentaje de aumento de pacientes que alcancen los objetivos clínicos control para una mejor prevención del RCV: se determinará el número de pacientes que presenten las cifras controladas de los parámetros medidos en el estudio: PAS, PAD, c-HDL, c-LDL, TG, HbA1c, IMC, definidos para cada paciente según su condición clínica. El alcance de los valores control, supone un menor riesgo de sufrir ECV en un futuro.
 - d) Grado de conocimiento que posee el paciente sobre RCV y FRCV. Se medirá en la entrevista inicial y al finalizar el estudio, para lo que se utilizará el cuestionario validado descrito en el procedimiento de caracterización. Se valorará la diferencia del nivel de conocimiento que presenta el paciente en la entrevista inicial y en la entrevista final.
 - e) Niveles de percepción del estado de salud y de la efectividad los tratamientos. Experiencia con la farmacoterapia.
 - f) Nivel promedio de adherencia a la farmacoterapia, utilizando el Test de Morisky-Green-Levine [16]. Se evaluará el porcentaje de pacientes que mejore la adherencia a su tratamiento al terminar el estudio.
- Farmacoterapia y datos relacionados con la farmacoterapia. Uso de medicina natural, complementos alimenticios, vitaminas o infusiones.
 - Alergias y alertas medicamentosas.
- b) Cuestionario para valorar el grado de conocimiento del paciente sobre RCV y FRCV, su nivel de percepción sobre la efectividad de su tratamiento y la experiencia con la farmacoterapia; en (t_0) y (t_6).
 - c) Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en (t_0) y (t_6).
 - d) Registro de los parámetros a evaluar (PAS, PAD, HbA1c, CT, c-HDL, c-LDL, TG, IMC, en (t_0), y en (t_6) para establecer una comparativa de los resultados.
 - e) Evaluación del grado de RCV en la entrevista inicial en tiempo 0 (t_0) empleando la tabla SCORE que se repetirá después de 6 meses (t_6).

Los pacientes del GC recibirán los cuidados habituales de las farmacias participantes.

A los pacientes del GI se les hará un seguimiento bimensual y en cada entrevista, además de controlar los parámetros ya descritos, se les realizará:

Tratamiento de los grupos

En ambos grupos GC y GI

- a) Se utilizarán los cuestionarios de caracterización de pacientes con RCV descrito en la fase 1 para realizar la entrevista inicial (t_0) tras la firma del consentimiento informado, y se repetirá a los 6 meses (t_6). Así se obtendrá la información de cada paciente:
 - Datos demográficos.
 - Patologías.
 - Hábitos higiénico-sanitarios.
 - Control de peso.
 - Dieta y hábitos alimenticios.
- b) El proceso de ET descrito en la Fase II, aplicando los protocolos necesarios (Tablas 1, 2 y 3). De este modo, a lo largo de las intervenciones (citas en los tiempos t_2 , t_4 y t_6), se evaluará el porcentaje de pacientes que iniciaron o mantuvieron los hábitos saludables mostrados. También el porcentaje de pacientes que lleguen a aumentar sus conocimientos sobre RCV y FRCV, así como los que mejoren la adherencia a los tratamientos instaurados.

Tabla 1. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con las necesidades educativas y psicopedagógicas del paciente.

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
1. ACTIVIDAD FÍSICA	<p>Paciente con estilo de vida sedentario:</p> <p>A. No sabe cuál, ni cómo realizar actividad física.</p> <p>B. No comprende la importancia de la actividad física para su condición de salud.</p> <p>C. No está motivado para realizar una actividad física.</p> <p>D. Presenta limitaciones físicas, de tiempo, o miedo a hacer actividad física.</p> <p>E. Realiza actividad física pero de manera inadecuada.</p>	<p>a) Explicar los tipos de actividades que el paciente puede realizar y ayudarlo a escoger el más adecuado.</p> <p>b) Explicar la importancia de la actividad física para mejorar su condición clínica.</p> <p>c) Utilizar entrevista motivacional para ayudar al paciente a sentirse capaz de iniciar y mantener este hábito saludable a largo plazo.</p> <p>d) Desarrollar un plan específico de acuerdo con las limitaciones (físicas, tiempo) del paciente.</p> <p>e) Explicar la frecuencia, duración e intensidad necesarias para obtener los resultados deseados.</p> <p>f) Enseñar al paciente a equilibrar la alimentación y la medicación al realizar la actividad.</p> <p>g) Informar sobre precauciones necesarias para su seguridad al realizar la actividad o consideraciones especiales.</p>
2. DIETA CARDIO-SALUDABLE	<p>A. No conoce la dieta más saludable para su condición clínica (HTA, DM, dislipemia...)</p> <p>B. No comprende la importancia de una dieta cardiosaludable para su condición de salud.</p> <p>C. No está motivado para realizar una dieta cardiosaludable.</p> <p>D. El paciente presenta barreras: culturales, emocionales o financieras.</p>	<p>a) Explicar el efecto de determinadas comidas (sal, azúcar, grasas, bebidas alcohólicas...) sobre la patología que presenta el paciente.</p> <p>b) Utilizar entrevista motivacional para que el paciente pueda sentirse capaz de iniciar y mantener este hábito saludable a largo plazo.</p> <p>c) Desarrollar un plan de alimentación adaptado a las preferencias y condiciones culturales y financieras del paciente: qué, cuánto y cuándo comer.</p> <p>d) Ofrecer una lista con alimentos cardiosaludables.</p>
3. HÁBITO DE FUMAR	<p>A. El paciente desconoce las consecuencias del hábito de fumar sobre sus patologías.</p> <p>B. Cree que fumar entre 5 y 10 cigarrillos no ofrece riesgo para su condición.</p> <p>C. Desconoce qué hacer para dejar de fumar.</p> <p>D. Desconoce la existencia de tratamiento para dejar de fumar.</p> <p>E. Fase de abandono en que se encuentra el paciente.</p> <p>F. Grado de tabaquismo (cantidad de cigarrillos por día).</p>	<p>a) Explicar las consecuencias de este hábito sobre sus patologías. Contrastar los beneficios percibidos por el paciente frente a los daños de su conducta actual (balance de decisiones).</p> <p>b) Presentar distintas posibilidades de ayuda para dejar de fumar: apoyo psicológico y farmacoterapia.</p> <p>c) Enseñar las habilidades necesarias para dejar de fumar según la fase en que se encuentre el paciente:</p> <p>d) Pre-contemplación: Intervención mínima (3 minutos al final de la entrevista inicial) dando un consejo (entregar material de apoyo por escrito).</p> <p>e) Contemplación: Además de la intervención mínima en todas las consultas, advertir al paciente sobre su RCV y sugerir que, por lo menos, disminuya consumo/día. Aumentar la motivación y la autoeficacia hacia al cambio. Entregar material de apoyo por escrito.</p> <p>f) Determinación hacia el cambio: derivación del paciente a la unidad especializada en tabaquismo si es necesaria la farmacoterapia, desarrollar un plan para para dejar de fumar con metas y estrategias, escoger el día "D" para dejar de fumar (dentro de los 30 días posteriores) entregar material de apoyo por escrito.</p>

Tabla 1. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con las necesidades educacionales y psicopedagógicas del paciente (continuación).

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
<p>3. HÁBITO DE FUMAR (CONTINÚA)</p>		<p>g) Acción: Explicar el proceso de uso de la farmacoterapia (mejorar la adherencia); reforzar la importancia de mantener la abstinencia (no fumar nada); ayudar a reconocer situaciones de riesgo e indicarle estrategias para afrontar dichas situaciones y encontrar nuevos refuerzos positivos. Entregar material de apoyo por escrito.</p> <p>h) Mantenimiento: Ayudarle a afirmar su decisión y autoeficacia, repasar las metas a largo plazo, utilizar refuerzos positivos. Entregar material de apoyo por escrito.</p> <p>i) Recaída: Ayudar al paciente a no desmoralizarse y a volver al inicio del 3. proceso sin culpas; entregar material de apoyo por escrito y promover la resiliencia en el paciente.</p> <p>j) Aplicar estrategias motivacionales en todas las fase de cambio: ofrecer consejo oportunista, eliminar obstáculos, ofrecer alternativas, disminuir la deseabilidad, practicar empatía, ofrecer feedback, aclarar objetivos y ofrecer ayuda activa.</p>
<p>4. HABILIDADES Y COMPETENCIAS PARA GESTIONAR LA ENFERMEDAD</p>	<p>A. No sabe hacer autocontrol y registro de sus parámetros.</p> <p>B. No sabe evaluar situaciones de riesgo y decidir lo que tiene que hacer.</p> <p>C. No sabe utilizar sus medicamentos debido a la complejidad de la forma farmacéutica.</p>	<p>a) Utilizar la instrucción o demostración para enseñar técnicas de medida de parámetros biológicos o bioquímicos.</p> <p>b) Solicitar que el paciente realice la técnica necesaria para medir los parámetros de sus enfermedades y realizar las correcciones oportunas.</p> <p>c) Enseñarle como registrar los parámetros medidos.</p> <p>d) Explicar la importancia de medirlos, los horarios más efectivos y cuántas medidas son necesarias.</p> <p>e) Utilizar situaciones problema para enseñar al paciente qué debe hacer en situaciones de riesgo.</p> <p>f) Solicitar que paciente muestre cómo utiliza su medicación en casa y realizar las correcciones necesarias.</p> <p>g) Escoger la metodología de aprendizaje que mejor se adapte al paciente para enseñarle cómo utilizar medicamentos de distintas formas farmacéuticas.</p>
<p>5. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA SOBRE SUS PATOLOGÍAS</p>	<p>A. Falta de conocimientos básicos sobre las patologías que presenta.</p> <p>B. No sabe para qué sirve el autocontrol.</p> <p>C. No realiza autocontrol porque acredita que no es necesario hacerlo o lo hace demasiado.</p> <p>D. Experiencias negativas propias o de otras personas con enfermedades específicas.</p> <p>E. Evaluación equivocada de su estado fisiológico.</p>	<p>a) Escoger la metodología de aprendizaje que mejor se adapte al paciente para poder enseñarle acerca de las enfermedades que presenta según sus necesidades de educación: identificación, causas, duración, consecuencias y control adecuado.</p> <p>b) Enseñar qué es el autocontrol y para qué sirve hacerlo periódicamente y a largo plazo.</p> <p>c) Explicar que el objetivo de hacer el autocontrol es poder evaluar si los medicamentos que utiliza están siendo efectivos.</p> <p>d) Discutir las causas de las experiencias negativas sobre las enfermedades estableciendo estrategias de cómo prevenirlas en el presente.</p>

Tabla 1. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con las necesidades educacionales y psicopedagógicas del paciente (continuación).

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
5. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA SOBRE SUS PATOLOGÍAS (CONTINÚA)	El paciente se encuentra en una de las siguientes fases con respecto a sus enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Choque • Negación • Rebeldía • Negociación • Depresión/tristeza • Aceptación 	e) Enseñarle cómo evaluar su estado fisiológico y qué hacer cuando se produzca algún desequilibrio relacionado con sus enfermedades. f) Adaptar la información y la metodología de aprendizaje a la fase de aceptación de la enfermedad en que se encuentra el paciente.
6. CONOCIMIENTO SOBRE EL RCV	A. Desconoce qué es el riesgo cardiovascular (RCV). B. Desconoce su RCV real. C. Desconoce los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que padece y sus respectivos objetivos de control.	Escoger la metodología de aprendizaje que mejor se adapte al paciente para poder enseñarle: <ul style="list-style-type: none"> a) Qué es RCV y FRCV. b) Cómo se puede estimar su riesgo y qué importancia tiene conocer el RCV real. c) Cuáles son los FRCV que el paciente presenta y su objetivo de control. d) La importancia del control de cada FRCV.
7. EXPECTATIVAS DE RESULTADO	A. Desconoce la evolución natural de su enfermedad. B. Falsas expectativas en los resultados con el uso de la farmacoterapia u otras terapias alternativas. C. No sabe qué debe esperar ahora que tiene una enfermedad crónica. D. Desconoce los objetivos terapéuticos esperados de sus medicamentos para cada una sus enfermedades crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Enseñar la evolución natural de la enfermedad, cuando está bien controlada y cuando no lo está. b) Explicar los resultados esperados a corto, medio y largo plazo sobre las enfermedades crónicas que padece gracias al uso adecuado de la farmacoterapia, cambios en el estilo de vida y medidas no farmacológicas o alternativas. c) Explicar los objetivos terapéuticos que tiene que alcanzar para cada medicamento y en cuánto tiempo. d) Fomentar y fortalecer su confianza en el tratamiento y en su médico.
8. AUTOEFICACIA	A. El paciente presenta baja autoeficacia. B. Desconoce cómo gestionar su enfermedad. C. Falta de percepción sobre su autoeficacia.	<ul style="list-style-type: none"> a) Enseñarle durante todo el proceso de seguimiento los resultados de su aprendizaje: sobre su enfermedad, cómo utilizar sus medicamentos y que es capaz de hacer autocontrol. b) Ayudarle a percibir que es autoeficaz para gestionar su enfermedad.
9. FUNCIÓN COGNITIVA Y DE COMUNICACIÓN	A. No se prepara para la consulta y se olvida de decir cosas relevantes sobre su condición de salud. B. Olvida las orientaciones del profesional de salud al final de la consulta. C. No sabe reconocer y expresar sus necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> a. Enseñar al paciente a prepararse antes de ir a sus consultas escribiendo recordatorios de aspectos importantes para decir o preguntar. b. Enseñarle a solicitar un informe al final de la consulta y no quedarse con dudas. c. Animar al paciente a llamar al profesional de salud cuando se olvide de alguna instrucción. d. Enseñarle a hablar de manera asertiva con el profesional sobre sus dudas y necesidades. e. Ayudar al paciente a reconocer y expresar sus necesidades mejorando su conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y su autoeficacia.

Tabla 1. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con las necesidades educativas y psicopedagógicas del paciente (continuación).

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
10. PERCEPCIÓN DEL RIESGO	<p>A. El paciente no se da cuenta de la gravedad de su condición clínica.</p> <p>B. El paciente no se da cuenta de su vulnerabilidad a la enfermedad.</p>	<p>a) Trabajar con el paciente para que perciba su condición de salud real y los riesgos a los que está expuesto.</p> <p>b) Discutir con el paciente sobre la gravedad y vulnerabilidad percibidas corrigiendo las distorsiones.</p>
11. CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE USO DE LOS MEDICAMENTOS	<p>A. No conoce para qué enfermedad toma cada uno de sus medicamentos.</p> <p>B. Desconoce el nombre de los medicamentos que utiliza.</p> <p>C. Desconoce el proceso de uso correcto.</p> <p>D. No conoce la importancia de tomar cada medicamento prescrito.</p>	<p>a) Explicar al paciente y verificar en cada consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cada medicamento • Para qué enfermedad utiliza cada uno de ellos • Qué cantidad debe tomar • Cómo debe tomarlo • Hasta cuando lo tiene que tomar • Efectos adversos más frecuentes y cómo manejarlos <p>b) Escoger la metodología de aprendizaje que mejor se adapte al paciente para enseñarle sobre cómo utilizar sus medicamentos de manera correcta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucción/demostración - Información por escrito o verbal - Aprender haciendo - Aprender por imitación - Aprender con situaciones problemas <p>c) Explicar de manera individualizada la importancia de utilizar correctamente todos los medicamentos, relacionando sus mecanismos con sus efectos sobre el control de la enfermedad.</p>

Tabla 2. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con la gestión de la farmacoterapia centrado en el paciente.

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
<p>12. EXPERIENCIA CON LA FARMACOTERAPIA</p>	<p>A. No conoce cuál es la utilidad del medicamento prescrito, o qué debe esperar de éste.</p> <p>B. Tiene miedo de iniciar el uso de un medicamento.</p> <p>C. Duda de la necesidad real de utilizar un medicamento o adicionar más medicamentos a su farmacoterapia.</p> <p>D. Acredita que tomar más medicamentos significa que su estado de salud está empeorando.</p> <p>E. Presenta expectativas equivocadas en relación al uso de sus medicamentos.</p> <p>F. Tiene miedo de que le retiren o cambien la farmacoterapia y perder sus efectos beneficiosos.</p> <p>G. No quiere aumentar la dosis porque tiene miedo de sufrir efectos indeseables o por significar una señal de fracaso.</p> <p>H. No quiere vivir con los efectos negativos de su medicación.</p> <p>I. Tiene miedo de utilizar varios medicamentos para una misma enfermedad, afirma que toma demasiada medicación.</p> <p>J. No quiere disminuir o retirar su medicación por miedo a perder sus efectos beneficiosos y no le importa experimentar los efectos indeseables.</p> <p>K. Debido a experiencias negativas anteriores con medicamentos, propias o de otras personas, no cree que debe tomar su medicamento.</p> <p>L. No lo utiliza como ha sido prescrito, realiza ajuste de dosis sin criterio válido.</p> <p>M. No quiere tomar su medicación porque aún está en la fase de negación de su enfermedad.</p> <p>N. No quiere tomar su medicación porque significa señal de envejecimiento.</p> <p>Q. No le gusta tomar medicamentos</p>	<p>a) Escuchar activamente y reconocer los distintos sentimientos que exprese el paciente.</p> <p>b) Prestar atención e intentar evaluar las expectativas y preocupaciones de los pacientes.</p> <p>c) Comprender.</p> <p>d) Deshacer las creencias equivocadas que tiene el paciente sobre su estado de salud, condición clínica y sus medicamentos, y que puedan generar expectativas y/o preocupaciones sin fundamentos.</p> <p>e) Ayudarlo a comprender y aceptar que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padece una enfermedad crónica • Esta enfermedad puede ser controlada pero no curada y se producen consecuencias de un control insuficiente • La farmacoterapia es parte del proceso de control de su enfermedad • El tratamiento tiene beneficios que compensan los efectos adversos y las contrariedades físicas, psicológicas, sociales y financieras que pueda originar. <p>f) Enseñar al paciente a reconocer cuándo el medicamento no está siendo efectivo y necesita ser cambiado.</p> <p>g) Utilizar métodos de negociación para que el paciente admita ante su médico la necesidad de retirar, realizar cambios en la farmacoterapia o alterar dosis y horarios.</p> <p>h) Ofrecer, discutir y ayudar al paciente a escoger alternativas que atiendan mejor sus expectativas y minimicen sus preocupaciones.</p> <p>i) Compartir decisiones con el paciente sobre alternativas medicamentosas más efectivas y/o seguras.</p> <p>j) Respetar la autonomía del paciente en la toma de sus propias decisiones.</p> <p>k) Mostrar condescendencia con las decisiones tomadas por el paciente, sin juzgarlo.</p> <p>l) Motivarlo a realizar cambios en su estilo de vida para aumentar la efectividad de los medicamentos utilizados.</p> <p>m) Enseñarle acerca de sus enfermedades y sobre el proceso de uso de los medicamentos.</p> <p>n) Enseñar los efectos beneficiosos de la farmacoterapia en el control de su enfermedad y en la prevención de complicaciones futuras.</p> <p>ñ) Aumentar la autoeficacia del paciente en el control de su enfermedad y su farmacoterapia.</p> <p>o) Comprender y aceptar que el paciente, a lo largo del tiempo, aprende a conocer su cuerpo y sus medicamentos y realiza de manera efectiva y segura ajustes en su farmacoterapia para alcanzar resultados clínicos positivos</p>

Tabla 3. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con la gestión de la farmacoterapia centrado en el medicamento.

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
13. MEDICACIÓN INNECESARIA	¿Existe indicación para el uso del medicamento? A. No hay indicación clínica válida para la farmacoterapia en este momento. B. La farmacoterapia utilizada es para tratar un efecto adverso evitable. C. El tratamiento está duplicado. D. El consumo de alcohol/tabaco está causando o empeorando el problema. E. Existe terapia no farmacológica más apropiada.	Informar al médico sobre la necesidad de: a) Suspender el medicamento innecesario. b) Suspender o disminuir el consumo de alcohol/tabaco.
14. NECESIDAD DE FARMACOTERAPIA	¿El paciente necesita medicamento inicial/adicional? A. La enfermedad requiere el inicio de farmacoterapia (condición médica no tratada). B. La enfermedad requiere medicamento adicional para producir efecto sinérgico. C. Existe necesidad de farmacoterapia preventiva.	Informar al médico la necesidad de: a) Iniciar el tratamiento necesario. b) Adicionar medicamento sinérgico. c) Adicionar farmacoterapia preventiva.
15. MEDICAMENTO INEFECTIVO	¿El medicamento está siendo efectivo? A. El medicamento no produce la respuesta deseada. B. Condición clínica refractaria al medicamento. C. Medicamento no indicado para la condición clínica. D. Existe otro medicamento más efectivo para tratar la condición.	Informar al médico la necesidad de: a) Retirar e iniciar un nuevo tratamiento.
16. BAJA DOSIFICACIÓN	A. La dosificación es demasiado baja para producir la respuesta deseada. B. Hay una interacción que disminuye la concentración de medicamento activo disponible. C. El intervalo entre dosis es muy amplio o la duración es muy corta para producir la respuesta deseada. D. Administración incorrecta.	Informar al médico la necesidad de: a) Aumentar la dosificación. b) Manejar la interacción existente (si es posible). c) Disminuir el intervalo entre las dosis. d) Aumentar la duración del tratamiento. Recomendar al paciente la necesidad de: • Administrar correctamente

Tabla 3. Protocolo de Intervención farmacéutica relacionado con la gestión de la farmacoterapia centrado en el medicamento (continuación).

Categorías evaluadas	Descripción del problema detectado	Intervención farmacéutica
17. REACCIÓN ADVERSA	<p>A. El medicamento está produciendo una reacción adversa en el paciente.</p> <p>B. Es necesario un medicamento más seguro por factores de riesgo existentes.</p> <p>C. El medicamento está contraindicado debido a factores de riesgo existentes.</p> <p>D. Una interacción medicamentosa está produciendo una reacción adversa independiente de dosis.</p> <p>E. El medicamento causó una reacción alérgica.</p> <p>F. Administración incorrecta.</p>	<p>Informar al médico sobre la necesidad de:</p> <p>a) Suspender el medicamento responsable de la reacción adversa o alergia.</p> <p>b) Suspender y cambiar por otra medicación más segura.</p> <p>c) Manejar la interacción (si es posible).</p> <p>Recomendar al paciente la necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar correctamente.
18. DOSIFICACIÓN ELEVADA	<p>A. La dosificación es demasiado alta y produce efectos no deseados en el paciente.</p> <p>B. Intervalo entre dosis es muy corto o la duración es muy prolongada.</p> <p>C. Una interacción medicamentosa está produciendo una toxicidad.</p>	<p>Informar al médico la necesidad de:</p> <p>a) Disminuir la dosificación.</p> <p>b) Aumentar el intervalo entre las dosis.</p> <p>c) Disminuir la duración del tratamiento.</p> <p>d) Manejar la interacción (si es posible).</p>
19. ADHERENCIA	<p>A. El paciente prefiere no utilizar la medicación.</p> <p>B. No utiliza el medicamento por no entender las instrucciones de uso.</p> <p>C. Presenta baja adherencia a la farmacoterapia por olvidos.</p> <p>D. Es adherente sólo a determinados medicamentos.</p> <p>E. No tiene acceso a sus medicamentos.</p>	<p>a) Evaluar si las causas de la no adherencia están relacionadas con la experiencia subjetiva del paciente con sus medicamentos (ya descrito).</p> <p>b) Hablar con el paciente sobre la adherencia y sus beneficios.</p> <p>De acuerdo con las causas de la baja o nula adherencia o las dificultades, proponer:</p> <p>c) Simplificar el régimen terapéutico (cuando sea posible).</p> <p>d) Escoger un método de enseñanza para que el paciente comprenda cómo debe utilizar toda su medicación.</p> <p>e) Asociar la toma de sus medicamentos con una actividad diaria habitual.</p> <p>f) Señalar al paciente recordatorios de los horarios en que debe tomar sus medicamentos.</p> <p>g) Hablar con el paciente sobre reacciones adversas anteriores y explicar las causas y cómo evitar que se repitan en el presente.</p> <p>h) Negociar objetivos para la adherencia a cada medicación y hacer el refuerzo positivo.</p>

Tratamiento de los resultados

Durante todo el período experimental, los datos que se vayan recabando a cada paciente, a partir del contenido de los cuestionarios, así como en todas las entrevistas de SFT y ET, se irán almacenando en una base de datos elaborada en el programa *Microsoft Excel*® 2013, que permitirá su posterior exportación al software *RStudio*.

De esta forma se podrán comparar los resultados globales obtenidos en los grupos analizados, GC y GI, al inicio y al final del período de estudio (t_0 y t_e) y poder establecer posibles diferencias entre ellos (ensayo clínico). También se podrán comparar los resultados encontrados entre las diferentes farmacias para determinar posibles variaciones en relación al lugar de origen y/o al nivel educacional de la población estudiada.

Además, es de gran interés evaluar las posibles variaciones que se puedan producir en el GI durante el seguimiento. También en este caso compararemos los resultados globales del grupo y los de cada farmacia.

Análisis estadístico de los resultados

Para el análisis estadístico se utilizará el software libre y de código abierto *RStudio*, versión 1.1.414 – © 2009-2018 *RStudio*, Inc. Todos los resultados serán expresados en términos de la media y desviación típica para las variables continuas, y en frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Las variables continuas se analizarán empleando el test *t-Student* para dos muestras, mientras el test *Chi-cuadrado de Pearson* (χ^2) se utilizará para determinar la significación de los datos categóricos. Se considera estadísticamente significativo un *p-valor* menor que 0,05 ($p < 0,05$).

Consideraciones éticas

Para la realización de este trabajo, se respetarán los acuerdos de la declaración de Helsinki en su revisión de octubre del año 2000, elaborada por la Asociación Médica Mundial (<http://www.wma.net>). Así mismo, se solicitará al Comité Ético correspondiente de la Consejería de Salud y Familia de la Junta de Andalucía la autorización del estudio.

Discusión

En España los FRCV presentan una alta prevalencia con tendencia a aumentar, igual o superior a la del resto de países de nuestro entorno europeo, y el control de los mismos es, en general, subóptimo. Incluso entre los pacientes de alto RCV, atendidos en unidades especializadas existe una gran proporción que no llega a conseguir un control adecuado. Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos estos factores se presentan asociados y no con efecto aditivo sino exponencial, es de suma importancia el control óptimo de todos ellos. Por tanto, para conseguir los objetivos terapéuticos especialmente en pacientes de medio y alto riesgo, resultaría ventajoso implementar estrategias que permitan el control integral de todos los FRCV que presente el paciente. El objetivo debe ser reducir la probabilidad de presentar una ECV en el futuro, así como la pérdida de calidad de vida, discapacidad y mortalidad asociadas [3].

Entre las recomendaciones del Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2003) consta que las intervenciones para mejorar la calidad y efectividad del manejo de las enfermedades crónicas deben tener cierto grado de complejidad ya que los resultados de las intervenciones más sencillas, en términos de número de estrategias, son menos favorables [20].

Algunos estudios sobre intervenciones farmacéuticas, relacionadas con programas de educación y/o de gestión de la farmacoterapia, dirigidas sobre un único FRCV principal muestran, en la mayoría de los casos, que no existen diferencias entre el grupo intervención y el control. Revisiones sistemáticas específicas, que identifican y evalúan los resultados de intervenciones realizadas por farmacéuticos con el objetivo de controlar cifras de tensión arterial, colesterol o glicemia, no muestran resultados concluyentes [21, 22].

Una de las limitaciones más evidentes de estos trabajos es que no realizan estudios observacionales previos para conocer exactamente el problema sobre el que se quiere intervenir, es decir, delimitar y definir los condicionantes que constituyen el problema y la etiología del mismo. Conocer las necesidades, el contexto, el lugar, las características de la

población implicada, los recursos existentes, es fundamental para poder aplicar estrategias adecuadas [23]. Su utilidad está también descrita para los ensayos clínicos, en los que se recomienda la caracterización previa de los pacientes, para no limitar la validez externa de estos estudios [24].

Nuestro grupo de trabajo ya estudió el perfil de pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV) atendidos en una unidad hospitalaria especializada. Tras evaluar sus características, se puso de manifiesto la necesidad de atenderlos en una consulta especialmente creada para ayudarles a gestionar su farmacoterapia al tiempo que se les aplicaba un protocolo de ET [8, 25]. Dicha consulta quedó integrada en la unidad especializada de RCV y el médico especialista directamente derivaba a los pacientes a la farmacia que los atendía en ella.

Aunque este tipo de trabajos son frecuentes a nivel hospitalario [26, 27] no ocurre así en la FC. Hemos identificado el estudio EPIFARM [28] en 574 farmacias comunitarias españolas para identificar los perfiles de varones que solicitan medicación para la disfunción eréctil. García-Delgado et al [29], tras analizar el perfil de pacientes depresivos usuarios de la FC, pusieron de manifiesto las discrepancias entre los tratamientos y las guías de prescripción en esta patología, así como el grado de apoyo familiar y social que recibían. Más recientemente, Gómez Martínez et al [30] destacan el papel que pueden jugar los farmacéuticos en la caracterización, detección precoz y abordaje de pacientes con trastornos adaptativos usuarios de FC españolas. Por tanto, la caracterización de los pacientes en FC, a través de cuestionarios estructurados y consensuados, es una herramienta que ayuda al farmacéutico a localizar grupos de individuos susceptibles a los que ofrecer determinados servicios profesionales adaptados a sus necesidades, y a elaborar programas de prevención, así como protocolos de actuación. De este modo tenemos la posibilidad de detectar necesidades y establecer las pautas de intervención más adecuadas y eficaces [9].

Es esencial que el farmacéutico conozca las necesidades reales de sus pacientes a fin de poder ofertar lo que realmente le demandan y esto implica estudiar sus características

sociodemográficas, sus patologías, hábitos de vida, tratamientos y una serie de parámetros bioquímicos y antropométricos. Los estudios de caracterización se justifican porque permiten implantar nuevos protocolos asistenciales o mejorar los servicios de salud ya existentes.

De otro lado, la ET fue desarrollada no solo para informar, sino para capacitar a los pacientes en las competencias, habilidades, conocimientos y comportamientos necesarios para que sean conscientes y puedan autogestionar sus enfermedades y tratamientos crónicos de la mejor manera posible a lo largo del tiempo [31, 32]. En su documento de 2017, la OMS reconoce la importancia que tiene la ET sobre la población general y recomienda que se extienda de forma integral a todos los ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior [33]. De ahí la importancia de aplicar protocolos de ET en pacientes con enfermedades de larga duración, lo que podría constituir un elemento clave en la prevención y tratamiento del RCV, ya que el conocimiento y la conducta del sujeto son determinantes a la hora de implicarse en su enfermedad y adherirse correctamente al tratamiento.

En general, la mayoría de los estudios de este tipo han demostrado un grado de aceptación elevado por parte de los pacientes [34], pero con escasa repercusión sobre la utilización de recursos sanitarios. Proyectos similares desarrollados en otros países han demostrado también ser efectivos y bien aceptados entre la población, aunque a menudo con resultados inferiores a los esperados. Destaca el hecho de que las intervenciones más efectivas son aquellas dirigidas a grupos más reducidos de pacientes [35].

Sin embargo, en ninguno de estos estudios, se describe la utilización conjunta de dos procedimientos: la ET y el SFT. El seguimiento de los tratamientos que reciben los pacientes, practicado en las farmacias desde hace algunos años, ha demostrado su eficacia en resolver PRM y mejorar los posibles RNM. Recientemente, el informe de resultados del Proyecto Consigue Impacto, pone de manifiesto que el SFT puede responder a los nuevos desafíos asistenciales que afronta el sistema sanitario en un doble sentido: mejorando la salud y optimizando los recursos

públicos [36]. Con la utilización conjunta de ambos procedimientos, ET y SFT, se obtuvieron resultados satisfactorios en el ámbito hospitalario [25]. Por ello, la implicación del farmacéutico comunitario, junto con el resto de profesionales de la salud, en el seguimiento de pacientes de RCV, puede ser muy beneficiosa para conseguir alcanzar los objetivos terapéuticos deseados.

Conclusiones

Los resultados altamente positivos obtenidos en pacientes atendidos en una Unidad de RCV, nos han inducido a utilizar estos protocolos en nuestro ámbito. Sin embargo, hasta que los datos que se obtengan no estén procesados y evaluados, no podemos concluir la bondad de los mismos en FC.

Paralelamente, nuevas herramientas tecnológicas, como Internet, han abierto la

puerta a mucha información, aunque resulta difícil su control y veracidad. No obstante, estas tecnologías gestionadas correctamente por un paciente asesorado por un profesional sanitario, pueden ser un medio ideal para promover la ET.

Además, consideramos que este tipo de iniciativas, fomentan y favorecen la interrelación Farmacia-Centro de Salud, lo que supone un avance en el cuidado integral del paciente.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a la Dra. Gladys Marques Santana que elaboró las tablas de ET y que utilizó en el seguimiento de pacientes de la Unidad Especializada de Riesgo Cardiovascular del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Estas tablas, adaptadas a los pacientes de las FC, son las que se emplearán en este estudio.

Referencias bibliográficas

1. OMS. Enfermedades cardiovasculares. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. [Consultado 12 nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
2. INE. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos. [Consultado 12 nov 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
3. Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Aten Primaria*. 2011;43(12):668-77. doi: 10.1016/j.aprim.2011.10.002. [Consultado 12 nov 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689-aff0010>
4. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Alvarez F, Elosua R, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:Epub 24-Nov-2016. [Consultado 20 nov 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100308
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategias de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Madrid 2013. [Consultado 12 nov 2020]. Disponible en: www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/39APPPreven_EnfCronicas
6. Alexandre A, Alonso J, Bustamante J, Fernández MR, García-Delgado A, et al. Modelo de coordinación médico-farmacéutico para la atención al paciente con enfermedad crónica en atención primaria. Documento de consenso. EDITTEC. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento, SL; 2017. 17 p.
7. Foro de Atención Farmacéutica. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2019. 33 p.
8. Marques-Santana G. Evaluación de la efectividad de una intervención basada en la gestión de la farmacoterapia asociada a la educación terapéutica en pacientes de riesgo cardiovascular. [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2011. 153 p.

9. Martín-Calero MJ, de la Matta MJ, Marín F, Lorenzo R, Luis A, Villegas I. La caracterización de pacientes como herramienta útil para ofertar servicios profesionales personalizados en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2015;7(4):5-17. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2015/Vol7).004.02
10. OMS. Actividad física. 2018. [Consultado 22 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
11. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):476-85.
12. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72(2):160-78.
13. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41:111-88.
14. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42:S61-70.
15. OMS. Obesidad y sobrepeso. 2020. [Consultado 22 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
17. Rappaport J. Empowerment as a guide to doing research Diversity as a positive value. En: Trickett EJ, Watts RJ, Birman D, editores. *Human diversity*. New York: Plenum Press; 1994. 512 p.
18. 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. doi: 10.18553/jmcp.2012.18.4.311.
19. Buenavida P, de la Matta MJ, Nieto AI, de la Puerta R, Martín-Calero MJ. Protocolos de intervención basados en educación terapéutica en pacientes con riesgo cardiovascular en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2018;10 (supl.1):154.
20. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Diciembre 2003. [Consultado 12 nov 2020]. Disponible en: www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/39APPPreven_EnfCronicas.pdf
21. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother*. 2007;41(10):1569-82.
22. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother*. 2007;41(11):1770-81.
23. Muxfeldt ES, Nogueira Ada R, Salles GF, Bloch KV. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. *Sao Paulo Med.J*. 2004;122(3):87-93.
24. González-Clemente JM, Giménez-Palop O, Caixas A, Barahona MJ, Subías D, Vilardell C et al. Low reporting of clinical characteristics of patients with diabetes mellitus included in the main clinical trials on hypertension. *Med.Clin*. 2005;125(5):173-8.
25. Marques-Santana G, Stiefel P, Pamies E, Machuca M, Martín-Calero MJ. Diseño e Implementación de un Protocolo Asistencial en una Consulta de Cardiología. *Pharm Care Es*. 2007;9(Sppl):182.
26. Ichikawa M, Takei Y, Hamasaki T, Kijima Y. Characterization of patients with angiographically-detected in-stent mural thrombi. *Circ J*. 2014;79(1):85-90. doi: 10.1253/circj.CJ-14-0639.

27. Fliefel R, Tröltzsch M, Kühnisch J, Ehrenfeld M, Otto S. Treatment strategies and outcomes of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ) with characterization of patients: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015;44(5):568-85. doi: 10.1016/j.ijom.2015.01.026.
28. Martín-Morales A, Ibáñez J, Machuca M, Pol-Yanguas E, Schnetzler G, Pascual V. Estudio EPIFARM. *Farmacéuticos comunitarios*. 2010;2(4):140-5.
29. García-Delgado A, Machuca M, Berenguer CB, Murillo, Martín-Calero MJ, Cansino J et al. Perfil del paciente ambulatorio usuario de fármacos antidepresivos. Grado de apoyo social y familiar. *Pharm Care Esp*. 2009;11(Suppl.):146.
30. Gómez J, López-Laguna F, Ferragud J, Abadías M. Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2014;6(3):12-24. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).003.03
31. Pérez-Jarauta MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. *Manual de Educación para la Salud*. Navarra. Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra; 2006. 188 p.
32. Asociación de Enfermería Comunitaria. Grupo de Cronicidad. Educación para la Salud / Educación terapéutica. 2014. [Consultado 21 nov 2020]. Disponible en: <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/951/EPS.%20Educaci%C3%B3n%20Terap%C3%A9utica%20.pdf>
33. OMS. Documento conceptual: Educación para la salud con enfoque integral. Ediciones de la OMS; 2017 [actualizado en marzo 2018]. [Consultado 21 nov 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>.
34. Department of Health. NHS. The expert patient, A new approach to chronic disease management for the 21st century. 2001. [Consultado 3 nov 2020]. Disponible en: <http://www.expertpatients.co.uk>
35. Ronda G, Van Assema P, Ruland E, Steenbakkens M, Brug J. The Dutch heart health community intervention «Hartslag Limburg»: Design and results of a process study. *Health Educ Res*. 2004;19(5):596-607.
36. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. *Portalfarma.com*. Resultados del Programa CONSIGUE Impacto. [Última modificación 10 mayo 2017]. [Consultado 21 nov 2020]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/profesionales/consejoinforma/Paginas/Programa-conSIGUE-Resultados-Impacto.aspx>

Este trabajo debe ser citado como:

Buena vida P, de la Matta-Martín MJ, de la Puerta R, Martín-Calero MJ. Diseño de un protocolo de intervención para aplicar a pacientes de riesgo cardiovascular atendidos en la farmacia comunitaria. *Rev Esp Cien Farm*. 2020;1(2):120-37.