



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

Investigación cualitativa en oficinas de farmacia sobre cumplimiento terapéutico en asma

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2015

Autor: Miriam Martínez Ramón
Modalidad: Experimental
Tutor/es: Vicente Francisco Gil Guillén

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”
Albert Einstein



AGRADECIMIENTOS

A mis padres y a mi pareja, por darme fuerza y apoyo cuando lo necesitaba.

A los farmacéuticos tanto de oficina de farmacia como hospitalarios que han colaborado en este proyecto y han hecho que sea posible.

A mi tutor, el Dr. Vicente Gil por creer en mí y ayudarme a realizar este proyecto.



ÍNDICE

	pág.
1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. ¿Qué hemos aprendido en Patología Clínica acerca de la hipertensión arterial?	6
2.2. ¿Qué hemos aprendido en Patología Clínica acerca de la hipertensión arterial?	9
2.3. Metodología Delphi	12
2.4. Justificación del estudio	13
3. ANTECEDENTES	14
4. HIPÓTESIS	14
5. OBJETIVO	15
6. MATERIAL Y MÉTODO	15
6.1. Introducción	15
6.2. Diseño	16
6.3. Participantes	16
6.4. Análisis estadístico	16
6.5. Criterio de selección	16
6.6. Aspectos puntuales del tamaño en un estudio cualitativo	17
6.7. Aspectos puntuales del muestreo en un estudio cualitativo	17
6.8. Esquema de desarrollo del estudio	17
6.9. Ámbito de estudio	18
6.10. Instrumento	19
7. RESULTADOS	21
8. DISCUSIÓN	24
8.1. Interpretación de nuestros resultados	24
8.2. Interpretación de nuestros resultados con otros estudios	28
8.3. Fortalezas y debilidades de nuestro estudio	28
9. CONCLUSIÓN	30

1. RESUMEN

Introducción: Las últimas revisiones Cochrane indican que para mejorar el control de enfermedades crónicas como el asma, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen otros profesionales sanitarios con el fin de combatir el problema que constituye el incumplimiento terapéutico. En la actualidad, no existen investigaciones cualitativas en las oficinas de farmacia que aborden este tema.

Objetivo: A través de una investigación cualitativa utilizando el método Delphi, basado en la opinión de expertos farmacéuticos de oficina de farmacia, queremos establecer un consenso para conocer las barreras que están dificultando el cumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos.

Material y método: Mediante el método Delphi, vía internet, se selecciona a 10 panelistas expertos en cumplimiento terapéutico. Se constituye un comité científico para elaborar 27 afirmaciones que analizan todos los aspectos importantes del cumplimiento en la práctica clínica. A través de dos rondas y estableciendo el acuerdo en el 80% de concordancia, se analizan los acuerdos y discrepancias utilizando el índice kappa con 5 panelistas, farmacéuticos que trabajan en los servicios de atención primaria en los hospitales de Elda y Alicante. A partir de los resultados, se obtienen las barreras que se tienen que modificar para vencer el incumplimiento en la práctica clínica.

Resultados: En el primer envío se obtiene acuerdo en 8 preguntas. Y en el segundo en 5. Al final del estudio el porcentaje de acuerdo se estableció en 51,8%. El índice kappa fue: $k = 0,755$ (0,564-0,975) y el valor de $p > 0,05$.

Conclusiones: Para mejorar el cumplimiento es necesario establecer varias medidas: trabajo en equipo y comunicación entre todos los componentes del sistema sanitario, mayor formación sobre cumplimiento en grado y posgrado y una mayor investigación en oficina de farmacia sobre cumplimiento terapéutico.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN PATOLOGÍA CLÍNICA SOBRE EL ASMA?

2.1.2 DEFINICIÓN ¹

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea con broncoconstricción y obstrucción variable del flujo aéreo, con hiperreactividad (aumento de la respuesta ante estímulos), que clínicamente produce disnea, opresión torácica y tos.

2.1.3. CASIFICACIÓN DEL ASMA SEGÚN CRITERIOS DE GRAVEDAD

	SÍNTOMAS	SÍNTOMAS NOCTURNOS	FEM/FEV1
INTERMITENTE	<1 vez por semana	≤2 veces al mes	≥80% del valor teórico Variabilidad <20%
PERSISTENTE LEVE	<1 vez por semana y <1 vez al día	≤2 veces al mes	≥80% del valor teórico Variabilidad 20-30%
PERSISTENTE MODERADO	Diarios Utilización β-2-adrenérgicos	≤1 vez al mes	60-80% del valor teórico Variabilidad >30%
PERSISTENTE GRAVE	Continuos Actividad física limitada	Frecuentes	≥60% del valor teórico Variabilidad >30%

2.1.4 MAGNITUD DE LA ENFERMEDAD

La prevalencia en España es:

- 4-5% en adultos
- 6-15% en niños

La mortalidad es:

- 1,01/100.000 habitantes en hombres
- 1,32/100.000 habitantes en mujeres

Se admite que alrededor del 50% de los asmáticos están sin diagnosticar y, de estos, el 25% no reciben tratamiento.

2.1.5 FACTORES DE RIESGO

¹ Eduardo Calvo Corbella, Manuel Serrano Martínez. Atención al paciente con asma y epoc. Manuel Serrano Martínez, Verónica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz. Medicina de Familia. Guía para estudiantes. Barcelona: Ariel. S.A; 2005. p.567-85.

- Alérgenos
- Tabaco
- Obesidad
- Virus respiratorio sincitial

2.1.6 DIAGNÓSTICO²

Debe haber una clínica compatible (tos, disnea, sibilancias y opresión torácica) junto a una prueba funcional positiva;

CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES	
OBSTRUCCIÓN	Espirometría forzada con patrón obstructivo: FEV <80% con FVC normal o disminuida FEV1/FVC <70% FEM <80% del valor teórico
REVERSIBILIDAD	Prueba broncodilatadora (mirar EPOC) Con el medidor de pico-flujo es positiva si el FEM >15%
HIPERREACTIVIDAD	Pruebas inespecíficas Test de carrera libre: medir FEV, o FEM en reposo y cada 5min durante 30min tras 6min de ejercicio intenso. FEM <15% Prueba de provocación bronquial (PPB) con metacolina o histamina Pruebas específicas PPB con alérgenos específicos
VARIABILIDAD	Determinar una variación superior al 20% en más de 3 días durante una semana en un registro de al menos 2 semanas.

Exploración física (en los periodos entre crisis de asma)

Exploraciones especiales:

- Prick test
- Ig E específica (si está elevada)
- Phatiatop: si es negativo excluye, si es positivo exige determinar IgE específica.
- Eosinofilia en esputo: es un marcador de inflamación en asma.

2.1.7 TRATAMIENTO

² F. Aguilar Rodríguez. Neumología. En: F. Aguilar Rodríguez. Manual de Diagnóstico y terapéutica médica. Madrid; 2014. p.363-447.

OBJETIVOS

- Minimizar los síntomas.
- FEV1 o FEM >80% y variabilidad <20%.
- Crisis infrecuentes.
- Disminuir la necesidad de usar broncodilatadores de acción rápida.
- Conseguir que las actividades físicas, laborales y sociales no estén limitadas por el asma.
- Minimizar los efectos adversos de los fármacos.
- Conseguir que no hayan ningún ingreso hospitalario no en servicio de urgencias.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

	Agonistas β -2 acción corta	Esteroides inhalados	Agonistas β -2 acción larga	Antagonistas receptor leucotrienos	Teofilina	Esteroides orales
INTERMITENTE	A demanda					
PERSISTENTE Y LEVE	A demanda	<500 μ g/día		Puede ser alternativa a esteroides inhalados		
PERSISTENTE Y MODERADA	A demanda	200-1000 μ g/día	50-100 μ g/día 9-36 μ g/día	Añadir si precisa esteroides >800 μ g/día		
PERSISTENTE Y GRAVE	A demanda	>1000 μ g/día	50-100 μ g/día 9-36 μ g/día	Si control insuficiente	100 a 300 mg/24h	Añadir si el control es insuficiente

2.1.8 COMPLICACIONES

Crisis de asma

Son episodios agudos o subagudos de aparición o empeoramiento de los síntomas de asma, junto a una disminución de los flujos aéreos espiratorios.

Factores desencadenantes: exposición a alérgenos, infecciones respiratorias víricas, fármacos, alimentos, sulfitos, tratamiento incorrecto.

Síntomas: incremento en medicación de rescate, peor tolerancia al esfuerzo, aumento de síntomas, disminución del FEM.

Tratamiento: corticoides orales y/o oxígeno.

2.1.9 PAPEL FARMACÉUTICO

El farmacéutico tiene un papel relevante en la detección del paciente asmático, al detectar la solicitud reiterada de medicación para aliviar sintomatología respiratoria; una vez detectado lo remitirá al médico para su diagnóstico y el establecimiento del tratamiento adecuado.

Una vez diagnosticado, la labor asistencial del farmacéutico posibilita optimizar el tratamiento, asesorando al paciente con información y pautas que faciliten la administración adecuada de los medicamentos. A través del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico al paciente asmático, el farmacéutico contribuye a mejorar los resultados del tratamiento de estos pacientes, detectando efectos adversos y posibles faltas de adherencia.

2. 2. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN PATOLOGÍA CLÍNICA SOBRE EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO? ³

2. 2. 1 CONCEPTO Y MAGNITUD

El cumplimiento es la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por los profesionales sanitarios, tanto desde el punto de vista de hábitos recomendados, como el tratamiento farmacológico indicado. Estableciendo así el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y su realización por parte del paciente.

Es importante evaluar el incumplimiento como un parámetro clínico más. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas, un tema prioritario de la salud pública.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico en España es del 20-68% aproximadamente y el incumplimiento no farmacológico oscila entre el 70-95%, esto nos indica que existe una dificultad a la hora de tomar la medicación de forma continua en el tratamiento farmacológico y a la hora de realizar los cambios en el estilo de vida y abandonar los hábitos tóxicos en el tratamiento no farmacológico.

“Se gasta mucho tiempo, esfuerzo y dinero en estudiar los efectos de los fármacos, pero se presta poca atención al hecho de si el paciente los toma o no”. Blackwell, 1973

2. 2. 2 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

CAUSAS

- Olvidos en las tomas de medicación.

³ Gil VF. Cumplimiento terapéutico. En: Gil VF et al. Tratado de epidemiología clínica. Madrid: Enar. S.A; 2005. p.199-314

- Desconocimiento de porqué debe tomarla.
- Miedo a presentar efectos secundarios.
- Aparición de efectos secundarios.
- El paciente como decisor razonado.

CONSECUENCIAS

- Ineficacia del fármaco, aumento de la dosis o adición de nuevos fármacos, hiperfrecuentación.
- Progresión de la enfermedad, complicaciones, ingresos hospitalarios, y muerte.
- Aumento de los costes, mayor consumo de recursos, absentismo laboral
- Causa frustración al enfermo y desconfianza en el profesional sanitario, interferencia relación.

En conclusión, una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas y un aumento de la morbimortalidad.

2.2.3 MEDIDAS DEL INCUMPLIMIENTO⁴

La medición del cumplimiento es difícil e inexacta, pues no existe un método ideal que se pueda generalizar en la práctica clínica, de ahí, la importancia de conocer los métodos más útiles para poder detectar el incumplimiento.

- Métodos directos (interrogar directamente al paciente sobre la toma de la medicación)
Se trata de métodos muy fiables cuando el paciente se declara mal cumplidor (alto valor predictivo positivo). Sin embargo, al compararlo con otros métodos, se comprueba que hay un número elevado de pacientes que mienten.
- Métodos indirectos
Métodos basados en la medición del recuento de comprimidos:
 - Recuento simple de comprimidos
 - Recuento mediante los MEMS.
 Métodos basados en la entrevista clínica:
 - Test de Haynes-Sackett
 - Prueba de Morinsky-Green
 - Test de Batalla

⁴ Gil VF. Plan General de Actuación de Médico de Atención Primaria en la valoración del resultado terapéutico orientado hacia el incumplimiento. En: Gil VF et al. Tratado de epidemiología clínica. Madrid: Enar. S.A; 2005. p.199-314.

2.2.4 FACTORES RELACIONADOS Y ESTRATEGIAS PARA MODIFICARLO

Los factores que influyen en el incumplimiento son tanto las características del paciente, el régimen terapéutico y de la enfermedad, como las del entorno social y familiar, de la estructura sanitaria y de los profesionales sanitarios.

ESTRATEGIAS

La mejorar estrategia, es la combinación varias estrategias.

Las principales estrategias son:

- Multidisciplinar: se basa en la evidencia de que el cuidado centrado en el paciente es un componente esencial del cuidado en enfermedades crónicas.
- Estrategias de prescripción: se basan en simplificar el tratamiento en la medida de lo posible para así mejorar la adherencia.
- Capacitar a los pacientes informados: evaluar el conocimiento del paciente, habilidades, conductas, confianza y barreras de la adherencia y promover la solución de problemas e intervenciones de cambios de conducta.
- Educación sanitaria
- Sistemas de recuerdo de la pauta posológica e instrucciones básicas
- Hoja de medicación o tarjeta de tratamiento.
- SPD (Sistemas personalizados de dosificación).
- Sistemas de recuerdo horario

El incumplimiento demuestra la falta de coordinación entre los distintos colectivos, y la solución para que este problema se supere es que se consiga una mejor coordinación entre los farmacéuticos comunitarios, los médicos de familia y enfermeros, logrando flujos de comunicación estables y la coordinación de actividades y experiencias conjuntas.

2.2.5 ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El farmacéutico comunitario, suele ser el último profesional sanitario con quien el paciente mantiene contacto antes de iniciar su tratamiento. Por tanto, es responsable en la detección de pacientes incumplidores y en fomentar una buena adherencia de los medicamentos dispensados en la oficina de farmacia. Para ello, dispone de herramientas como la dispensación activa y el seguimiento farmacoterapéutico que le pueden permitir la identificación y corrección de esta conducta anómala.

La atención farmacéutica permite conocer la farmacoterapia del paciente y valorar resultados clínicos negativos de la medicación.

Hay que destacar que es importante tanto la adherencia a los tratamientos farmacológicos y como a los no farmacológicos. Además el registro de las dispensaciones permite valorar la adherencia de forma indirecta.

Su objetivo es optimizar la calidad de vida relacionada con la salud del paciente y lograr resultados clínicos positivos y el farmacéutico debe incorporarlo a la práctica asistencial habitual, para poder intervenir si es necesario.

2.3 MÉTODO DELPHI

2.3.1 CONCEPTO

El método Delphi es un método formal y sistemático, el más utilizado para conseguir establecer consenso entre un grupo de expertos. Consiste en una encuesta contestada por un grupo de expertos de forma anónima y aislada, en varias etapas, con el objetivo de que haya un consenso en sus opiniones. Quiere demostrar que la opinión consensuada entre un grupo de expertos es más válida, que la opinión de los mismos por separado.⁵

El número de aplicaciones del método Delphi se ha ido ampliando a lo largo del tiempo. En investigación se utiliza en aquellas situaciones en las que se pretende evaluar el consenso de opiniones en un colectivo.⁶

2.3.2 ORIGEN Y EVOLUCIÓN

La primera aplicación del método Delphi fue en 1948, por unos estadísticos, que descubrieron que los jugadores de apuestas de caballos que basaban sus apuestas en opiniones consensuadas⁵ perdían menos que cuando lo hacían ellos solos. Se comenzó a utilizar de manera sistemática al inicio de la guerra fría⁷.

Los resultados y la metodología no se publicaron hasta 1962. Desde entonces los usos del método se fueron ampliando, siendo utilizado para numerosas disciplinas y áreas.⁸

Actualmente, gracias a las nuevas tecnologías y a que el método Delphi es compatible con la separación geográfica de los participantes ha aumentado de forma explosiva el número de estudios basados en este método, incluso existen estudios Delphi activos online de forma permanente, que desde hace más de 15 años consultan la opinión de 100 expertos en distintas áreas de la tecnología.⁹

2.3.3 FUNCIONAMIENTO

Consiste en entregar un cuestionario (en papel o por correo electrónico) a un panel de expertos de un área concreta en el que se les pregunta su opinión sobre uno o varios temas determinados.

⁵ Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.

⁶ Berra A, Marín I, Reyes G. Metodología de expertos. Consenso en Medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.

⁷ Custer RL, Scarcella JA, Stewart DR. The modified Delphi technique: a rotational modification. Journal of Vocational and Technical Education. 1999;15: 50-8.

⁸ Dalkey N, Helmer O. Delphi technique: characteristics and sequence model to the use of experts. Management Science. 1963; 9: 458-67.

⁹ TechCast Global, Inc. The TechCast Project. Washington: TechCast; 1998. Disponible en: <http://www.techcastglobal.com/>.

Los resultados obtenidos se insertan de forma anónima al cuestionario (eliminando preguntas, incluyendo otras nuevas, incluyendo comentarios aportados por los expertos, etc). Este nuevo cuestionario se vuelve a entregar a los expertos, pudiendo varias sus respuestas o no. El proceso se repite durante varias etapas o rondas hasta que se cumplan los criterios del estudio.

Una vez concluida la recogida de datos, se pueden establecer las conclusiones a partir de la interpretación y valoración estadísticas de los resultados obtenidos.¹⁰

2. 3. 4 CARACTERÍSTICAS

Los rasgos más característicos del método Delphi son los siguientes:¹¹

- Los expertos expresan su opinión respecto a los ítems que componen un cuestionario de uno o varios temas concretos, en varias rondas, pudiendo cambiar su respuesta en alguna de ellas.
- En cada ronda posterior se facilita un resumen a los expertos informando de las opiniones aportadas por el resto.
- La información se transmite de forma anónima para evitar influencias y sesgos.
- No encontrar consenso en un ítem es un indicador de controversia altamente informativo.
- El método Delphi no busca una representatividad estadística con respecto a la población general, busca la opinión de un grupo de expertos que puedan realizar contribuciones válidas, esto lo diferencia del resto de estudios.¹²

2. 4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la última revisión de la Cochrane¹³ se ha concluido que para mejorar el control de las enfermedades crónicas, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más

¹⁰ TechCast Global, Inc. The TechCast Project. Washington: TechCast; 1998. Disponible en: <http://www.techcastglobal.com/>.

¹¹ Masdeu Ávila C. Metodología Delphi en salud. Hipertens riesgo vasc. 2015; 32 (supl 1): 12-16.

¹² Rowe G, Wright G. The Delphi technique as forecasting tool: issues and analysis. International Journal of Forecasting. 1999; 15: 353-75.

¹³ Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2).

Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19; (4).

Jeffery RA, Navarro T, Wilczynski NL, Iserman EC, Keepanasseril A, Sivaramalingam B, et al. Adherence measurement and patient recruitment methods are poor in intervention trials to improve patient adherence. J Clin Epidemiol. 2014 Oct; 67(10):1076-82.

Nieuwlaat R, Wilczynski NL, Navarro T, Hobson N, Jeffery RA, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 20;

con el objetivo de vencer el incumplimiento terapéutico y la inercia. Siendo preferible que este análisis se realice de forma personalizada en cada patología, para comprobar si existen diferencias entre el cumplimiento en el asma o en otras enfermedades como HTA, dislipemias, diabetes, etc. Y si es posible establecer medidas para combatir y/o mejorar el cumplimiento terapéutico, con el fin de conseguir controlar éstas enfermedades y así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Pensamos que con los resultados que se obtendrán con la realización de este proyecto se podrá elaborar un documento de consenso para mejorar el proceso clínico de los pacientes asmáticos atendido en los centros de atención primaria. Además, se ha iniciado una colaboración con la SEFAP y el COFA para potenciar esta línea de investigación/formación entre todos sus afiliados que lo soliciten. Por tanto, se trata de una investigación pionera fruto de la colaboración entre la Universidad Miguel Hernández con los departamentos de medicina clínica y farmacia.

3. ANTECEDENTES

No hay estudios sobre cumplimiento terapéutico utilizando metodología cualitativa en oficinas de farmacia. Por eso, creemos que una de las principales ventajas de nuestro estudio son las afirmaciones sobre el cumplimiento terapéutico de nuestra investigación, pues aporta un inicio relevante de investigación clínica que tiene que finalizar con más investigación cualitativa, donde los panelistas no sean solo farmacéuticos de oficina de farmacia, sino expertos de todos los profesionales de la salud que participan en la toma de decisiones en el paciente asmático.

No obstante, el incumplimiento terapéutico es la principal causa de que los pacientes asmáticos no alcancen los objetivos deseados. Por ello, es importante realizar estudios cualitativos que permitan conocer las causas de este gran problema que es el incumplimiento.

4. HIPÓTESIS

A través del método Delphi, una investigación cualitativa basada en la búsqueda de un consenso a través de un grupo de expertos de manera privada y anónima, a lo largo de dos rondas, queremos establecer consenso para vencer el problema del incumplimiento en la práctica clínica, a través de la identificación de las barreras que dificultan el buen cumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos.

Con la descripción de esta hipótesis queremos delimitar el marco teórico de nuestra investigación clínica.

Se gasta mucho esfuerzo y dinero en medicamentos pero nadie se pregunta si el paciente los toma o no. Hipócrates decía a sus discípulos que llevaran cuidado cuando preguntaran a los pacientes si cumplen, pues ellos le van a mentir para tenerlos contentos.

Estudios realizados en centros de salud concluyen que en el sistema sanitario son pocos los profesionales que preguntan a sus pacientes si cumplen con el tratamiento.

Se indica que las oficinas de farmacia deben participar en este proceso, pero faltan investigaciones que nos indiquen si en el momento actual se está realizando o no. Por

ello, a través de una hipótesis de carácter descriptivo basado en una metodología cualitativa, nuestro marco teórico sería conocer la opinión de los farmacéuticos a la hora de identificar las barreras que encuentran para modificar el incumplimiento terapéutico en los pacientes que acuden a las oficinas de farmacia, y qué papel tienen que desempeñar estos farmacéuticos para vencer este importante problema en la práctica clínica.

5. OBJETIVO

Para delimitar la pregunta planteada en la hipótesis vamos a desarrollar sus componentes principales: factor de estudio, criterio de evaluación y población diana.

A través de una investigación cualitativa utilizando el método Delphi basado en la opinión de expertos farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia, queremos establecer un consenso para conocer las barreras que están dificultando el cumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos que acuden a las oficinas de farmacia. La importante de su conocimiento radica en que se pueden establecer estrategias para modificarlas en la práctica clínica.

Por tanto, el factor de estudio sería conocer cuáles son las barreras que, a opinión del farmacéutico que trabaja en oficina de farmacia, dificultan el buen cumplimiento en los pacientes asmáticos. El criterio de evaluación sería el grado de concordancia y discrepancia con respecto a las afirmaciones que ha consensuado el comité científico y que valoran todas las etapas del cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos. Por último, la población diana sería los pacientes asmáticos que acuden a las oficinas de farmacia.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada se basa en dos artículos publicados por el grupo de investigación cualitativa del departamento de medicina clínica de la Universidad Miguel Hernández¹⁴, donde se abordan los siguientes criterios:

6.1 INTRODUCCIÓN

La técnica Delphi permite desarrollar un consenso multidisciplinar para establecer soluciones a las enfermedades crónicas. Faltan estudios en enfermedades como el asma que nos indiquen cuál es la situación de esta entidad crónica en la práctica clínica, qué grado de conocimiento y adecuación presentan los médicos de atención primaria a las guías clínicas y cuáles son las necesidades para mejorar la práctica asistencial de esta patología. A través del acuerdo de facultativos mediante la técnica

¹⁴ Carratalá Munera MC., Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Maiques-Galán A, Lago-Deibe F, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboó E, Álvarez Guisasola F. Estudio de consenso en la gestión integral del paciente con dislipemia. *Fan Medicine* (En prensa).

Carratalá Munera MC, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Álvarez Guisasola F, García-Soidán J, On behalf of the "Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus" Research Group. *The International Journal of Clinical Practice*.

Delphi podemos conocer las dificultades que presenta en la actualidad esta patología para conseguir el mejor control de los pacientes.

6.2 DISEÑO

Diseño observacional, descriptivo y transversal, mediante la utilización de investigación cualitativa, a través de la técnica Delphi. Periodo: Mayo - junio de 2015. Dos vueltas de consulta a través de internet.

6.3 PARTICIPANTES

Participaran 10 panelistas seleccionados entre farmacéuticos que trabajan en oficinas de farmacia y en localidades de las provincias de Alicante y Murcia. La selección ha sido por considerarlos expertos en temas de cumplimiento, invitados a participar de manera directa, sin relación entre ellos.

Los panelistas elegidos recibirán la invitación a participar en el estudio por correo electrónico, al que deberán contestar si están interesados, otorgando su consentimiento de participación. La participación consiste en la cumplimentación de los cuestionarios suministrados por correo electrónico. Entre el primer y el segundo envío a los pacientes se les proporcionará información sobre las preguntas que no han conseguido consenso.

6.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para valorar el análisis estadístico entre el primer y segundo envío se realizan proporciones y medias. Las preguntas que se mandan en segundo envío tras la previa notificación a los farmacéuticos son aquellas que no consiguen el nivel mínimo de consenso, establecido en un 80%.

Hemos querido valorar el grado de concordancia y discrepancia entre los resultados obtenidos en los farmacéuticos de oficina de farmacia con los obtenidos con 5 farmacéuticos que trabajan en hospital en atención primaria, seleccionados también por conveniencia por el tutor del trabajo al considerarlos expertos en temas de cumplimiento terapéutico con la patología de estudio.

En este planteamiento queremos proponer la siguiente hipótesis:

Hipótesis nula: no existen diferencias en los acuerdos y discrepancias entre los farmacéuticos de oficina y los farmacéuticos hospitalarios.

Hipótesis alternativa: existen diferencias en los acuerdos y discrepancias entre lo farmacéuticos de oficina de farmacia y los farmacéuticos hospitalarios.

Para responder esta pregunta calculamos el índice kappa con su límite de confianza 95% y como prueba estadística usamos el ji-cuadrado de McNemar con 1 grado de libertad y se valorara la significación estadística si se obtiene un valor de $p \leq 0,05$.

6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Ser experto, considerando como experto en cumplimiento aquella persona que trabaja en oficina de farmacia, que sea farmacéutico titulado, que atienda a pacientes asmáticos y muestre interés en temas relacionados con el cumplimiento.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- No ser experto.
- Negarse a participar en el estudio (3 casos)

6.6 ASPECTOS PUNTUALES DEL TAMAÑO EN UN ESTUDIO CUALITATIVO

En principio, para este trabajo de fin de grado se realiza un estudio piloto donde han sido seleccionados 10 panelistas que trabajan en oficina de farmacia y se ha comparado su opinión con 5 panelistas que trabajan en el servicio de farmacia hospitalaria de atención primaria. Este estudio se seguirá como una muestra de 50 panelistas que trabajan en oficina de farmacia y 25 en farmacia hospitalaria para la realización de mi tesis doctoral en un futuro.

6.7 ASPECTOS PUNTUALES DEL MUESTREO EN UN ESTUDIO CUALITATIVO

El muestreo se elige por conveniencia por la dificultad de encontrar panelistas expertos en temas de cumplimiento terapéutico. La SEFAP (Sociedad Española de Farmacia de Atención Primaria) está preocupada por este tema y de hecho, en la futura tesis doctoral se va a reformular las afirmaciones de forma consensuada con ellos en función del resultado de este estudio.

6.8 ESQUEMA DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Este trabajo se presentará para optar al trabajo fin de grado de Farmacia ante el tribunal evaluador de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Las fases seguidas en este trabajo están recogidas en el siguiente esquema que forma parte de una línea de investigación a nivel nacional planteada por la cátedra de medicina de familia del departamento de medicina clínica de la UMH, con la colaboración de sociedades científicas médicas y farmacéuticas:

FIGURA 1. PASOS SEGUIDOS EN EL ESTUDIO

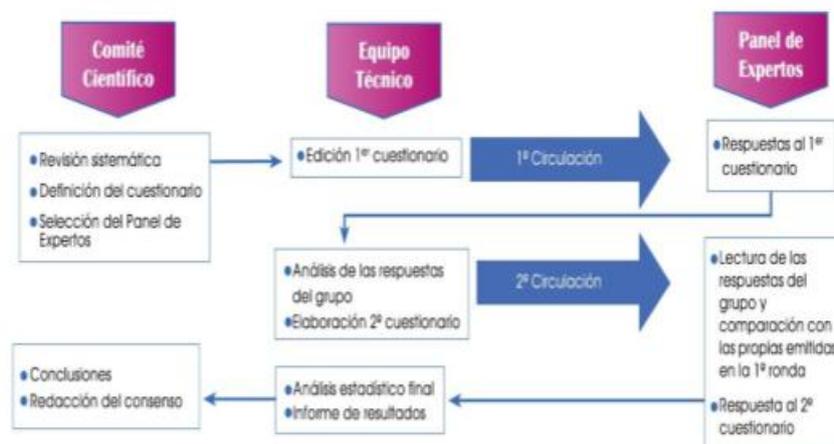


FIGURA 1. En primer lugar, el comité científico formado por el tutor del trabajo Vicente Gil, Abelino Pereira y yo, Miriam Martínez, elaboramos la encuesta y a continuación se lleva a cabo la revisión sistemática. Todo esto con la ayuda del equipo técnico: Unidad de investigación del departamento universitario de salud del hospital de Elda. Seguidamente, se realiza la selección de panelistas.

Después de la 1ª circulación de la encuesta, se realiza el análisis de datos por parte del comité científico, se elabora el 2º cuestionario y se lleva a cabo la 2ª circulación, antes se les indicará a los panelistas que las preguntas que van a recibir son aquellas en las que no se ha logrado consenso. Por último, se realiza el análisis estadístico. Aspectos éticos: se precisa el consentimiento por parte de los panelistas, será por correo electrónico tras aceptar la participación en el estudio.

6.9 ÁMBITO DE ESTUDIO

Las 10 oficinas de Farmacia, que han participado en el estudio son:

1. Farmacia José Soler GarcíSanchez (Dolores, Alicante)
2. Farmacia Torregrosa Aldeguer (Guardamar del Segura, Alicante)
3. Farmacia Tobar (Murcia)
4. Farmacia Consul (Murcia)
5. Farmacia Emilio Galipienso (Elche, Alicante)
6. Farmacia Aranzazu Soler Garcisanchez (Elche, Alicante)
7. Farmacia Ana María Vicente Martínez (Elche, Alicante)
8. Farmacia Zeneida Perseguer (Petrer, Alicante)
9. Farmacia Alfonso Soriano Elvira Chamorro (Almoradí, Alicante)
10. Farmacia Salah AbdelJabbar Ismail (Dolores, Alicante)

Los 5 farmacéuticos hospitalarios que han participado en el estudio pertenecen a:

- Hospital Universitario de Elda
- Hospital General de Alicante

6.10 INSTRUMENTO

Se utilizará un cuestionario estructurado con 27 afirmaciones - respuesta tipo Likert de nueve posiciones para cada una de ellas, remitido y cumplimentado en dos vueltas.

La elaboración y selección de las afirmaciones se realizará en varias reuniones mediante la técnica de grupo nominal con el comité científico.

En la primera ronda se empleará el cuestionario con las 27 afirmaciones indicadas a continuación, y tras analizar y evaluar los resultados obtenidos remitidos por los panelistas, se volverá a enviar, en una segunda, el cuestionario con aquellas preguntas en las que no se ha logrado el consenso.

El grado de acuerdo se valora utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se analizan concordancias y discrepancias entre ambos colectivos (índice Kappa y ji cuadrado de McNemar).

FIGURA 2. Valoración de ítems.

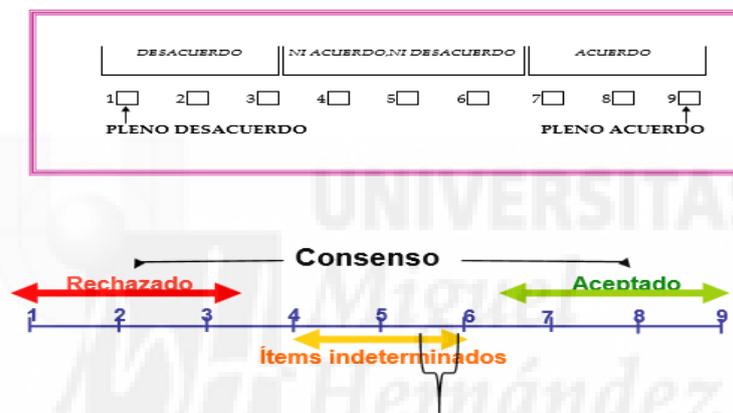


FIGURA 2. Valoración de las nueve posiciones de respuesta posibles:

- Puntuaciones 1-3: Afirmaciones rechazadas por los panelistas.
- Puntuaciones 4-6: Afirmaciones indeterminadas por los panelistas
- Puntuaciones 7-9: Afirmaciones aceptadas por los panelistas.

Cuestionario de 27 afirmaciones:

1. Es necesaria una mayor formación en la carrera de Farmacia sobre programas de cumplimiento terapéutico en pacientes asmáticos realizados en la oficina de farmacia.
2. Es necesaria la formación continuada, después de obtener el título de Farmacia, sobre protocolos de cumplimiento terapéutico del asma en las oficinas de farmacia.
3. Existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia comunitaria y otros profesionales sanitarios de los centros sanitarios para mejorar el cumplimiento higiénico-dietético en pacientes asmáticos.

4. Existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia comunitaria y otros profesionales sanitarios de los centros sanitarios para mejorar el cumplimiento farmacológico en pacientes asmáticos.
5. Los farmacéuticos en su práctica habitual preguntan a los pacientes asmáticos si cumplen con el tratamiento farmacológico.
6. Los farmacéuticos en su práctica habitual preguntan a los pacientes asmáticos si cumplen con el tratamiento higiénico-dietético.
7. Los farmacéuticos en su práctica habitual preguntan a los pacientes asmáticos las causas por las cuales incumplen el tratamiento higiénico-dietético.
8. Los farmacéuticos en su práctica habitual preguntan a los pacientes asmáticos las causas por las cuales incumplen el tratamiento farmacológico.
9. Los farmacéuticos en las oficinas de farmacia tienen que ayudar en la mejora del cumplimiento del tratamiento en los pacientes asmáticos.
10. En la mejora del cumplimiento del tratamiento farmacológico existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios.
11. Habitualmente los farmacéuticos entregan a los pacientes asmáticos hojas recordatorias para mejorar el cumplimiento terapéutico.
12. Habitualmente los farmacéuticos dan consejos a los pacientes asmáticos para mejorar el cumplimiento terapéutico.
13. Es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios de los otros niveles asistenciales para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos.
14. La simplificación del régimen terapéutico-farmacológico es muy eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos.
15. La simplificación del régimen higiénico-dietético es muy eficaz para mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos.
16. En las oficinas de farmacia se debe investigar sobre el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos.
17. Actualmente los farmacéuticos integran de forma sistemática protocolos de cumplimiento terapéutico en pacientes asmáticos en las oficinas de farmacia.
18. Para el paciente asmático es más sencillo cumplir con el fármaco para obtener su control que realizar medidas higiénico-dietéticas.
19. La causa más frecuente de incumplimiento terapéutico en paciente asmático son los olvidos.
20. Los farmacéuticos preguntan habitualmente sobre las causas de mal control en los pacientes asmáticos que acuden a la oficina de farmacia.
21. Los farmacéuticos miden habitualmente el cumplimiento terapéutico en sus oficinas de farmacia.

22. Los pacientes asmáticos suelen preguntar en las oficinas de farmacia temas relacionados con el cumplimiento terapéutico.
23. Los pacientes asmáticos se quejan del escaso tiempo de consulta en los centros de salud para que les expliquen mejor los temas relacionados con el cumplimiento terapéutico.
24. Los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos en las oficinas de farmacia.
25. Los pacientes asmáticos tienen una buena formación en el uso de los inhaladores.
26. Los pacientes asmáticos conocen el manejo de las técnicas inhalatorias.
27. Los pacientes asmáticos conocen bien sus objetivos de control.

7. RESULTADOS

TABLA 1. Resultados del primer envío:

Preguntas	Acuerdo		Ni acuerdo ni desacuerdo		Desacuerdo		% de opción más votada	Media
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
1	8	80%	1	10%	1	10%	0,8	7,2
2	10	100%	0	0%	0	0%	1	8,4
3	0	0%	1	10%	9	90%	0,9	2,2
4	0	0%	3	30%	7	70%	0,7	2,5
5	5	50%	1	10%	4	40%	0,5	5,6
6	4	40%	2	20%	4	40%	0,4	5,3
7	4	40%	2	20%	4	40%	0,4	5,4
8	6	60%	0	0%	4	40%	0,6	5,8
9	10	100%	0	0%	0	0%	1	8,4
10	8	80%	1	10%	1	10%	0,8	7,5
11	0	0%	4	40%	6	60%	0,6	3,6
12	6	60%	1	10%	3	30%	0,6	6,1
13	8	80%	2	20%	0	0%	0,8	7,9
14	8	80%	2	20%	0	0%	0,8	7,4
15	8	80%	2	20%	0	0%	0,8	7,5
16	8	80%	1	10%	1	10%	0,8	7,1
17	2	20%	3	30%	5	50%	0,5	4,2
18	7	70%	2	20%	1	10%	0,7	6,7
19	7	70%	3	30%	0	0%	0,7	6,7
20	3	30%	4	40%	3	30%	0,4	5,1
21	1	10%	5	50%	4	40%	0,5	4,4
22	5	50%	2	20%	3	30%	0,5	5,4

23	6 60%	3 30%	1 10%	0,6	6,8
24	1 10%	6 60%	3 30%	0,6	4,5
25	1 10%	4 40%	5 50%	0,5	4
26	0 0%	4 40%	6 60%	0,6	4,1
27	1 10%	4 40%	5 50%	0,5	4,4

TABLA 1. En esta tabla se pueden observar los resultados y las medias obtenidas en el primer envío del cuestionario. Las preguntas que obtienen consenso son: 1,2, 3, 9, 10, 13, 14, 15 y 16

RESULTADOS DEL SEGUNDO ENVÍO: ESTUDIO DE ASMA

Preguntas	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	% de opción más votada	Media
	N (%)	N (%)	N (%)		
4	0 0%	1 10%	9 90%	0,9	1,9
5	5 50%	4 40%	1 10%	0,5	5,8
6	7 70%	2 20%	1 10%	0,7	6,1
7	3 30%	6 60%	1 10%	0,6	5,6
8	6 60%	3 30%	1 10%	0,6	6,4
11	0 0%	3 30%	7 70%	0,7	3,0
12	8 80%	1 10%	1 10%	0,8	7,4
17	0 0%	4 40%	6 60%	0,6	2,9
18	9 90%	1 0%	0 0%	0,9	7,4
19	7 70%	3 30%	0 0%	0,7	6,4
20	1 10%	5 50%	3 30%	0,6	4,5
21	0 0%	8 80%	2 20%	0,8	4,5
22	3 30%	5 50%	2 20%	0,5	5,4
23	7 70%	2 20%	1 10%	0,7	7,2
24	2 20%	6 60%	2 20%	0,6	4,8
25	1 10%	2 20%	7 70%	0,7	3,8
26	1 10%	3 30%	6 60%	0,6	4,0
27	1 10%	8 80%	1 10%	0,8	4,6

TABLA 2. En esta tabla se pueden observar los resultados y las medias obtenidas en el segundo envío del cuestionario. Las preguntas que obtienen consenso son: 4,12, 18, 21 y 27

Como resultado final podemos afirmar que existe un acuerdo en 14/27 preguntas, consiguiendo acuerdo en el 51,8%.

TABLA 3. TABLA DE CONSENSO (Barreras)

BARRERAS

1. Los farmacéuticos creen necesario una mayor formación en la carrera de Farmacia sobre programas de cumplimiento en pacientes asmáticos.
2. Los farmacéuticos creen necesario una formación continuada sobre protocolos de cumplimiento terapéutico en el postgrado.
3. A opinión de los farmacéuticos, no existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia comunitaria y otros profesionales de centros sanitarios para mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Los farmacéuticos tienen que ayudan en la mejora del cumplimiento terapéutico y existen problemas de comunicación entre ellos con el resto de servicios sanitarios.
5. A opinión de los farmacéuticos, es necesario que sus oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios del resto de los niveles.
6. La complejidad terapéutica tanto farmacológica como higiénico-dietética empeora el cumplimiento terapéutico.
7. A opinión de los farmacéuticos, en las oficinas de farmacia se debe investigar más el cumplimiento terapéutico.
8. A opinión de los farmacéuticos, para el paciente asmático es más sencillo cumplir con el tratamiento farmacológico que con las medidas higiénico-dietéticas.

TABLA 3. En la tabla se presentan las barreras obtenidas con respecto al incumplimiento terapéutico resultantes de las preguntas que obtienen consenso en los dos envíos.

TABLA 4. TABLA DE CONSENSO (Fortalezas)

1. Los farmacéuticos dan consejos a los pacientes asmáticos para mejorar el cumplimiento terapéutico.

TABLA 4. En la tabla se presentan las fortalezas encontradas para vencer el incumplimiento, resultantes del análisis de las preguntas que consiguen acuerdo entre los dos envíos.

TABLA 5. TABLA COMPARATIVA entre los farmacéuticos de oficina de farmacia y los farmacéuticos hospitalarios.

F. H O	FARMACÉUTICOS OFICINA DE FARMACIA	
	ACUERDO	NO ACUERDO
ACUERDO	14	2

S P I T A L			
	NO ACUERDO	1	10

TABLA 5. En la tabla se presenta el cálculo del índice kappa mediante una tabla 2x2, en el que se comparan las concordancias y discrepancias en los acuerdos y desacuerdos entre los farmacéuticos que trabajan en oficinas de farmacia y lo que trabajan en el servicio de atención primaria hospitalaria.

El índice kappa señala el grado de concordancia observado entre los farmacéuticos de oficina de farmacia y los de hospital, una vez eliminado el papel del azar. Tras los cálculos basados en los datos de la TABLA 5 el índice kappa obtenido con su límite de confianza fue de: $k = 0,755$ (0,564-0,975)

$p > 0.05$, por lo tanto no hay significación estadística.

DISCREPANCIAS

Los farmacéuticos de oficina de farmacia logran consenso en segundo envío en la afirmación de que dan consejo a los pacientes asmáticos para mejorar el incumpliendo, sin embargo los farmacéuticos que trabajan en hospital piensa que esto es falsa, y que en las oficinas de farmacia no se da consejo a los pacientes asmáticos para mejorar el cumplimiento terapéutico.

Los farmacéuticos de oficina de farmacia, casi logran consenso (70%), en que los olvidos son la causa más frecuente de incumplimiento terapéutico en pacientes asmáticos. Mientras que los farmacéuticos que trabajan en hospital están totalmente de acuerdo y afirman, que los olvidos son la causa más frecuente de incumplimiento en pacientes asmáticos.

Los farmacéuticos de oficina de farmacia, no están ni de acuerdo ni en desacuerdo en que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos en las oficinas de farmacia. Sin embargo, los farmacéuticos que trabajan en hospital están de acuerdo y afirman que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos en las oficinas de farmacia.

8. DISCUSIÓN

8.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Nuestros resultados nos indican que en las oficinas de farmacia existen problemas importantes con respecto a las actuaciones que se siguen actualmente y que favorecen el incumplimiento en los pacientes asmáticos.

Primero, llama la atención que los panelistas son conscientes del problema existente y reclaman más formación tanto durante la carrera como en el postgrado. Al contrario del estudio que se hizo con la misma metodología en pacientes dislipémicos y diabéticos que acuden a las oficinas de farmacia de nuestro ámbito asistencial, donde los panelistas no piden formación del cumplimiento en el grado.

Estoy de acuerdo con mis panelistas con que la formación para vencer el incumplimiento terapéutico en las oficinas de farmacia debe iniciarse en el grado de farmacia y continuar durante el postgrado, con una mayor formación se pueden tener muchas más herramientas para vencer el incumplimiento. Como experiencia propia puedo afirmar, que los farmacéuticos de mi promoción son más proactivos a la hora de identificar el incumplimiento terapéutico con respecto a los farmacéuticos que he podido observar en las oficinas de farmacia con los pacientes. En relación a este tema, en mi opinión, sería mucho más beneficioso y productivo para los estudiantes que la asignatura de Patología Clínica se impartiera en un curso más avanzado del grado, y no en segundo curso; ya que, en un curso tan inicial los estudiantes no tenemos conocimientos suficientes sobre el tratamiento farmacológico de las patologías que en ella se tratan. No obstante, cursando dicha asignatura en cursos finales, nos graduaríamos con los conocimientos más recientes sobre patologías crónicas, muy importantes en el día a día de una oficina de farmacia, mejorando así nuestra salida al mundo laboral.

Segundo, cabe resaltar la afirmación unánime que ha habido a la hora de indicar que no existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia y el personal sanitario perteneciente a la consellería de sanidad para mejorar el cumplimiento terapéutico, higiénico-dietético y farmacológico en los pacientes asmáticos. Estas afirmaciones son muy importantes y además corroboran las conclusiones de la última revisión Cochrane¹⁵, en el que se indica que para mejorar el control de los factores de riesgo y patologías crónicas, minimizar el incumplimiento como principal causa de esta falta de control, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen en la mejora del cumplimiento en los pacientes que acuden. Esta implicación lleva consigo un trabajo en equipo con el resto de los profesionales sanitarios.

Para mí los resultados no son sorprendentes, era de esperar que se manifestara la poca colaboración existente entre los farmacéuticos de oficina de farmacia y los

¹⁵ Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2).

Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions to enhance medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19; (4).

Jeffery RA, Navarro T, Wilczynski NL, Iserman EC, Keepanasseril A, Sivaramalingam B, et al. Adherence measurement and patient recruitment methods are poor in intervention trials to improve patient adherence. J Clin Epidemiol. 2014 Oct; 67(10):1076-82.

Nieuwlaat R, Wilczynski NL, Navarro T, Hobson N, Jeffery RA, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 20;

profesionales que ejercen en los centros de salud. En mi opinión, esto se debe a que a pesar de pertenecer al mismo colectivo, existen diferencias en los objetivos laborales, y que a lo largo de la carrera hemos visto y nos han concienciado que esto tiene que cambiar.

Por ello, esta investigación cualitativa debe ser un punto de partida para alcanzar metas comunes. Para lograrlo, sería necesario realizar una investigación de este tipo donde los panelistas fueran no solo de oficina de farmacia sino también médicos de atención primaria, enfermeros, etc.

Mediante la realización de este estudio, me he dado cuenta de la importancia que tienen los conceptos de incumplimiento e inercia explicados en la formación de Grado en Farmacia dentro de la asignatura Patología Clínica.

En mi estudio sólo he encontrado una fortaleza, que es que los farmacéuticos dan consejos a los pacientes para vencer el incumplimiento. Este resultado no es compartido por los farmacéuticos que trabajan en hospital. Sin embargo, no se ha alcanzado consenso en que los farmacéuticos pregunten a los pacientes por el cumplimiento y por las causas de esto. No obstante estas fortalezas solo se han obtenido en el estudio en pacientes hipertensos, y ni esa ni la encontrada en mi estudio se han encontrado en el estudio en pacientes dislipémicos y diabéticos. Por eso es importante investigar las distintas patologías por separado en la práctica clínica.

Los farmacéuticos hospitalarios que no pertenecen a la SEFAP no están de acuerdo en las fortalezas encontradas y piensan que no se llevan a cabo estas acciones para vencer el incumplimiento. No creen que se dé consejo ante la falta de adherencia. Ello justificaría un estudio cualitativo en el que se preguntaran las causas de estas diferencias ante las mismas afirmaciones.

Sería un gran avance que las oficinas de farmacia incluyeran buenas estrategias conductuales para mejorar el cumplimiento, como es la entrega a los pacientes de hojas recordatorias en la mejora de la adherencia. Estas intervenciones no se hacen de forma sistemática en los pacientes asmáticos que acuden a las oficinas de farmacia. De hecho, en la revisión Cochrane se les pide a las oficinas de farmacia que en pacientes complejos, polimedicados y pluripatológicos se oferten estrategias conductuales como dispensarios de medicación dentro de una estrategia mixta en la que se incluyan también intervenciones educativas y organizativas.

Por otra parte, estoy totalmente de acuerdo cuando los farmacéuticos indican que tienen que ayudar en la mejora del cumplimiento y que existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios. Se necesita un cambio, hay que vencer la falta de adherencia terapéutica y colaborando todos los profesionales de la salud será más fácil lograrlo.

En el modelo sanitario español va a haber un cambio ya que se va a pasar de un modelo de agudos a un modelo de crónicos. En este modelo, el paciente y la familia es experta en autocuidados y proactivos en temas relacionados con su medicación. Es fundamental la buena comunicación con respecto al cumplimiento terapéutico entre todos los integrantes del modelo sanitario y ello va a generar que el resultado

obtenido deba cambiar buscando un objetivo común, que es la buena comunicación entre paciente, familia, farmacéuticos, médicos y enfermeros para vencer el incumplimiento terapéutico en la práctica clínica. Para ello, tal como han indicado los panelistas en el estudio, es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen más con los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales para mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes asmáticos.

Como se observa en otros estudios utilizando la metodología cuantitativa, la simplificación tanto de regímenes higiénico-dietéticos como del tratamiento farmacológico, mejora el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos.¹⁶

Cabe destacar que los farmacéuticos no se pongan de acuerdo de que el olvido sea la principal causa del incumplimiento, ya que, según la literatura consultada el olvido sí es la principal causa y los farmacéuticos que trabajan en hospital tienen la misma opinión.¹⁶

Un resultado esperado fue el acuerdo obtenido en el cual, a los pacientes asmático, les es más sencillo cumplir con el fármaco que realizar las medidas higiénico-dietéticas. De hecho en los estudios consultados, el incumplimiento a las medidas higiénico-dietéticas oscila entre un 90-95% y al farmacológico todos están de acuerdo en que su porcentaje oscila alrededor del 50%.¹⁶

Justificado por la falta de trabajo en equipo y un índice kappa aceptable cuando se compara con los farmacéuticos de hospital, fue esperado que éstos piensen que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento de los pacientes asmáticos en oficina de farmacia, cuando los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia no están ni acuerdo ni en desacuerdo que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento en sus farmacias. Pero, ya hemos comentado que la opinión que tienen los farmacéuticos en oficina de farmacia va en contra de los resultados reflejados en la revisión Cochrane, en los que las oficinas de farmacia se deberían implicar al máximo en esta medición.

¹⁶ Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernández S, Carratalá-Munera C, PallaresCarratalá V, et al. Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014 Dec; 20(12):1217-25.

Márquez-Contreras E, Gil-Guillen VF, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, MartellClaros N, et al. Working group in Non-compliance and Inertia in hypertensive Spaniards at high cardiovascular risk: CUMPLE study. *Curr Med Res Opin*. 2014 Jan; 30(1): 11-7.

García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013 Dec; 4(2): 175-94.

Márquez-Contreras E, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillen VF, Martín-de Pablos JL, et al. Do patients with high vascular risk take antihypertensive medication correctly? CUMPLE-MEMS Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jun; 65(6): 544-50.

Para finalizar, cabe resaltar que los farmacéuticos están de acuerdo en que es necesario que se investigue más en las oficinas de farmacia, estoy totalmente de acuerdo, siendo este uno de los motivos por el que he realizado este estudio.

8.2. INTERPRETACIÓN DE NUESTROS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS

Hemos encontrado 2 estudios, que pertenecen al departamento de medicina clínica realizados con metodología cualitativa, uno en la diabetes y otro en la dislipemias. En ellos, los panelistas son médicos de atención primaria y enfermeros, y en ambos se concluye que es necesario detectar y actuar sobre las causas por las que los pacientes incumplen para poder conseguir un mayor control de sus patologías. También señalan la importancia de conocer la opinión de los farmacéuticos con respecto a las barreras que a su juicio están sucediendo para que estos pacientes con riesgo cardiovascular no consigan los buenos controles esperados.¹⁷

8.3. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE NUESTRO ESTUDIO

En primer lugar, la principal fortaleza de nuestro estudio es la idea clínica que se ha investigado. De hecho, hay muy pocos estudios que aborden este problema de gran importancia y las últimas revisiones de la Cochrane están indicando que en la cadena para vencer el incumplimiento terapéutico se impliquen de una manera activa los farmacéuticos en la toma de decisiones.

En segundo lugar, otra fortaleza del estudio es que constituye la puerta de entrada de otras investigaciones cualitativas y cuantitativas que aborden este importante problema en la práctica clínica. Como ya hemos comentado con respecto al incumplimiento existen numerosos problemas; falta de formación de los farmacéuticos, falta de protocolización a la hora de abordar este problema en la práctica clínica, falta de trabajo en equipo y problemas de comunicación. Otra fortaleza es que los farmacéuticos son conscientes de que se tienen que mejorar estos aspectos y que deben de ayudar para mejorar el control de sus pacientes asmáticos.

En cuanto a las fortalezas de la metodología cualitativa, en primer lugar es que se basa en la búsqueda de expertos que ponen de manifiesto su opinión sobre problemas importantes y también, en la retroalimentación y difusión de esta información a sociedades científicas y colegios farmacéuticos donde se facilitan las estrategias de intervención, sobre todo en aquellas afirmaciones en donde existe mucha controversia. Otras fortalezas del método cualitativo, son que no es necesaria una

¹⁷ Carratalá Munera MC., Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Maiques-Galán A, Lago-Deibe F, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboó E, Álvarez Guisasola F. Estudio de consenso en la gestión integral del paciente con dislipemia. *Fan Medicine* (En prensa).

Carratalá Munera MC, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Navarro-Pérez J, Caballero-Martínez F, Álvarez Guisasola F, García-Soidán J, On behalf of the "Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus" Research Group. *The International Journal of Clinical Practice*.

muestra aleatoria de individuos ni se busca una representatividad estadística de los panelistas, puesto que lo que se pretende es lograr una opinión consensuada de un grupo de farmacéuticos expertos que puedan realizar contribuciones válidas y que posean conocimientos basados en su práctica y en su experiencia.

Una de las ventajas de nuestro estudio ha sido realizarlo a través de internet, ya que, muchos autores piensan que si las entrevistas son cara a cara entre el 38 panelista y el investigador, ello puede influir en sus respuestas.¹⁸ También el hecho de haber mandado a los panelistas por internet las preguntas discrepantes hace que el investigador no influya en las opiniones posteriores, minimizando así el sesgo de medición.

Por otro lado, la principal debilidad de nuestro estudio es que se trata de un estudio piloto con solo 10 panelistas de oficina de farmacia y 5 de farmacia hospitalaria y, siendo los números ideales de panelistas entre 30 y 40, algunas afirmaciones pueden cambiar el acuerdo o el desacuerdo.

En el estudio se ha respetado el anonimato de los farmacéuticos pero algunos autores¹⁹ señalan que ello puede suponer una desventaja en la metodología Delphi, al librar a los panelistas de responsabilidades con respecto a sus opiniones.

Una posible causa de sesgo de selección, es que no existen criterios definidos para la selección sistemática de panelistas. En nuestro estudio debido a que no existen de por sí expertos farmacéuticos en cumplimiento terapéutico, hemos hecho el muestreo por conveniencia en función del conocimiento que se tiene del fármaco con respecto a su grado de motivación en temas de cumplimiento terapéutico.

Un punto crítico en la técnica Delphi es elegir el nivel de consenso, que es arbitrario y que difiere en cada estudio, lo que dificulta la posibilidad de comparar resultados de diferentes estudios y evaluar la validez de estos. Una manera este problema es siendo exigente y poner el porcentaje de acuerdo por encima del 80%.

Por último, hay que tener siempre presente que la metodología cualitativa no se basa en ningún tipo de evidencia experimental, sino que se basa en las opiniones y percepciones de los expertos, y que ocupa la posición más baja en la jerarquía de la evidencia.¹⁹

Por tanto, independientemente del panel de expertos que participe, los resultados de un estudio Delphi deben considerarse meramente orientativos y cualitativamente inferiores a cualquier otra afirmación que contenga una base empírica o experimental.

¹⁸ Sackman H. Delphi-critique: expert opinion, forecasting and group process. Massachusetts: Lexington Books; 1975.

¹⁹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50, A guideline developer's handbook, Updated October 2014. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>.

Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence (March 2009). Disponible en: <http://www.cebm.net/oxford-centreevidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.

Sin embargo para este estudio, cuyo objetivo es mejorar el cumplimiento terapéutico en los pacientes asmáticos, la única forma de investigar es a través de esta metodología.²⁰

No obstante, el problema que tiene el asma, que no presenta otras patologías como la hipertensión arterial, la EPOC, la dislipemia y la diabetes, es que falta también investigación cuantitativa que nos indique la magnitud del incumplimiento en el paciente asmático, cuáles son las causas por las cuales incumple, qué factores se asocian al paciente asmático y que indique si va a incumplir o no y qué estrategias son las más adecuadas a la hora de mejorar el incumplimiento en la práctica clínica.

9. CONCLUSIÓN

1. En las oficinas de farmacia para mejorar el incumplimiento terapéutico de los pacientes asmáticos en la práctica clínica son necesarias una serie de medidas que deberían integrarse de forma sistemática:
 - a) Trabajo en equipo con el resto de profesionales sanitarios.
 - b) Mejora de la comunicación entre los distintos componentes del sistema de salud.
 - c) Simplificar el tratamiento tanto farmacológica como higiénico- dietético.
 - d) Disponer, de forma consensuada con los profesionales sanitarios, de un protocolo para vencer el incumplimiento; que incluya métodos de medición, estudios de causas, factores y estrategias para su modificación
2. Es necesaria una mayor formación sobre el cumplimiento terapéutico durante la carrera de Farmacia y una vez finalizados los estudios de Grado.
3. Existe una aceptable concordancia entre los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia y los farmacéuticos hospitalarios, con alguna discrepancia que debe ser abordada en estudios conjuntos invitando a panelistas que representen a todos los profesionales sanitarios y a sociedades científicas.

²⁰Perseguer-Torregrosa Z, Orozco-Beltrán D, Gil-Guillen VF, Pita-Fernández S, Carratalá-Munera C, Pallares-Carratalá V, et al. Magnitude of pharmacological nonadherence in hypertensive patients taking antihypertensive medication from a community pharmacy in Spain. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014 Dec; 20(12):1217-25.

Márquez-Contreras E, Gil-Guillen VF, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, MartellClaros N, et al. Working group in Non-compliance and Inertia in hypertensive Spaniards at high cardiovascular risk: CUMPLE study. *Curr Med Res Opin*. 2014 Jan; 30(1): 11-7.

García-Pérez LE, Alvarez M, Dilla T, Gil-Guillen VF, Orozco-Beltrán D. Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2013 Dec; 4(2): 175-94.

Márquez-Contreras E, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillen VF, Martín-de Pablos JL, et al. Do patients with high vascular risk take antihypertensive medication correctly? CUMPLE-MEMS Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jun; 65(6): 544-50.

4. Es necesaria una mayor investigación sobre el cumplimiento terapéutico en las oficinas de farmacia.

