



FACULTAD DE FARMACIA

Grado en Farmacia

INVESTIGACION CUALITATIVA EN OFICINA DE FARMACIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN DISLIPEMIAS

Memoria de Trabajo Fin de Grado

Sant Joan d'Alacant

Junio 2015

Autor: Natalia Moreno Torres

Modalidad: Experimental

Tutor/es: Vicente Francisco Gil Guillen



“Dime y lo olvido, enséñame y lo recuerdo, involúcrame y lo aprendo”
(Benjamin Franklin)



Agradecimientos

A mi tutor Vicente Gil, porque a pesar de darle emoción, todo esfuerzo tiene recompensa

A mis compañeros de TFG, Pedro y Eduardo, porque las cosas en equipo funcionan mejor

A mi familia por animarme en los momentos difíciles

A todos los farmacéuticos expertos ya que sin ellos no hubiera sido posible y en especial a todos los componentes de la Farmacia Juan Pedro Vaquero

Prada, por soportarme y apoyarme en todo momento

Resumen

Introducción

Las últimas revisiones Cochrane indican que para mejorar el control de la dislipemias es necesario que las oficinas de farmacia se impliquen con los profesionales sanitarios en la problemática del incumplimiento terapéutico. En la actualidad no existe investigación cualitativa en las oficinas de farmacia que aborde esta problemática.

Objetivo

Identificar desde las oficinas de farmacia las barreras que nos impiden llegar al cumplimiento terapéutico de nuestros pacientes dislipémicos.

Material y método

A través de una metodología tipo Delphi y utilizando internet se seleccionan 12 panelistas expertos en cumplimiento terapéutico. Se constituye un comité científico en el que se abordan 24 afirmaciones que analizan todos los aspectos importantes del cumplimiento terapéutico en la práctica clínica. A través de dos rondas y estableciendo el acuerdo en el 80% de concordancia, se analizan tanto los acuerdos como las discrepancias a través del índice kappa con 5 panelistas expertos que trabajan en los servicios de atención primaria ubicados en los hospitales de Elda y Alicante. Con todo ello se obtienen consensos de barreras que se tienen que modificar para vencer el incumplimiento en la práctica clínica.

Resultados

En el primer envío se obtiene acuerdo en 11 preguntas y en el 2º envío se obtiene acuerdo en 2 preguntas. Al final del estudio el % de acuerdo fue del 54,2 % límite de confianza (34,3.-74,1). A través del análisis de estos acuerdos se identifican las barreras que existen en las oficinas de farmacia para vencer el incumplimiento terapéutico en los pacientes que acuden. El índice kappa fue 0,83(-0,61-1,1) y el valor de $p=0,48$ (ns).

Conclusiones

Consideramos que el olvido es la principal causa de incumplimiento, aun así se reclama una mayor formación, trabajo en equipo, simplificación del tratamiento y comunicación con los servicios de atención primaria. Es necesario un protocolo conjunto de actuación entre todos los profesionales sanitarios para modificar el incumplimiento terapéutico en la práctica clínica.

INDICE	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA	1
1.1.1 Antecedentes	1
1.1.2 Actualidad	1
1.2 DISLIPEMIA: CONCEPTO Y GENERALIDADES	2
1.2.1 Importancia de la enfermedad	2
1.2.2 Prevención	2
1.2.3 Epidemiología de la hipercolesterolemia	4
1.2.4 Definición de la patología	5
1.2.5 Fisiología de la dislipemia	5
1.2.6 Criterios de definición	6
1.2.7 Diagnóstico	8
1.2.8 Tratamiento de las dislipemias	9
1.2.8.1 Tratamiento no farmacológico	9
1.2.8.2 Tratamiento farmacológico	10
1.3 CUMPLIMIENTO (DEFINICIÓN)	14
1.3.1 Factores que influyen en el incumplimiento	15
1.3.2 Estrategias para mejorar el cumplimiento	15
1.3.3 Métodos para medir el cumplimiento	18
1.4. METODOLOGÍA CUALITATIVA: metodología Delphi en salud.	19
1.4.1. Concepto	20
1.4.2. Origen y evolución	20
1.4.3 Funcionamiento	21
1.4.4 Características de la investigación	22
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	23
2. HIPÓTESIS	24
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo General	25
3.2 Objetivos específicos	25
4. MATERIALES Y MÉTODOS	25
4.1 Diseño	25
4.1 Población de referencia	25
4.3 Criterios de inclusión	26
4.4 Criterios de exclusión	26
4.5 Ámbito de estudio	26
4.6 Período de estudio	26
4.7 Tamaño de la muestra, aspectos puntuales	26
4.8 Participantes, aspectos puntuales	27
4.9 Instrumento	27
4.10 Análisis estadístico	28
4.11 Esquema de desarrollo del estudio	29
5. RESULTADOS	30
5.1 Resultados obtenidos del Delphi: primer envío	30
5.2 Resultados obtenidos del Delphi: segundo envío	31
5.3 Barreras y fortalezas de nuestro estudio	32
5.4 Comparación Farmacéuticos comunitarios/farmacéuticos hospitalarios	33

5.5 Discrepancias entre los dos grupos	33
6. DISCUSIÓN	34
6.1. Interpretación de nuestros resultados.	34
6.2 Interpretación de nuestros resultados con otros estudios.	38
6.3Fortalezas y debilidades de nuestro estudio.	38
7. CONCLUSIONES	41



1. INTRODUCCIÓN

1.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA¹

1.1.1 Antecedentes

Dentro de nuestras funciones, deberes y obligaciones como profesionales sanitarios es donde entra el concepto relativamente nuevo de Atención Farmacéutica o Pharmaceutical Care como fue definido por primera vez por Mikeal en el año 1975, refiriéndose a los servicios farmacéuticos como:

“Los cuidados que un paciente concreto requiere y recibe y que aseguran un uso seguro y racional de la medicación”

Cinco años más tarde Brodie propone al farmacéutico como

“El responsable del resultado de la terapia con medicamentos”

Todas las Definiciones posibles de Atención farmacéutica engloban todas las actividades que realiza el farmacéutico y que están orientadas al paciente con el objetivo de conseguir el máximo beneficio posible en términos de salud.

1.1.2 Actualidad

El que los farmacéuticos comunitarios desarrollemos esta actividad en nuestra práctica diaria en las oficinas de farmacia con nuestros pacientes además de contribuir a minimizar la aparición de resultados no deseados y lograr los resultados esperados, supondría un impacto muy positivo en el sistema de salud:

- Eliminando la farmacoterapia innecesaria
- Logrando efectividad de tratamientos inefectivos
- Minimizando reacciones adversas y toxicidad
- Evitando o disminuyendo costes por consultas de urgencias y hospitalización
- Facilitando y mejorando la relación con el paciente, mejorando la adherencia y persistencia a su tratamiento.

Es por todo estos motivos que considero que debería extenderse más la práctica de la atención farmacéutica

¹ Faus Dáder, MJ, Amariles Muñoz P, Martínez- Martínez F. Libro "Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos". Cátedra Sandoz. Universidad de Granada; 2008.(1)Pp:15-22

1.2 DISLIPEMIA: CONCEPTO Y GENERALIDADES

1.2.1 Importancia de la enfermedad

Las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte en España, originando casi el 40% de todas las defunciones. En los últimos años se ha producido un descenso de las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, pero el número de muertes por cardiopatía isquémica está aumentando debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. Convirtiéndose la cardiopatía isquémica en la primera causa de consulta hospitalaria en nuestro país. Esto supone un aumento del impacto demográfico, sanitario y social de estas enfermedades. Desde el punto de vista de la hipercolesterolemia podemos decir, que un adecuado tratamiento de esta patología y de los factores de riesgo asociados es fundamental para la prevención de enfermedades cardiovasculares, habiéndose demostrado que la reducción de las cifras medias de colesterol en personas con riesgo elevado de enfermedad vascular es una de las medidas que más ha contribuido a la disminución de complicaciones asociadas.²

1.2.2 Prevención

Se plantea la necesidad de diferenciar a los pacientes según el riesgo, estableciéndose así 3 grupos que se exponen a continuación ordenados de mayor prioridad a menor:

- Prevención Secundaria: Se trata de pacientes con enfermedad coronaria establecida o con otras enfermedades ateroscleróticas. Las intervenciones de prevención secundaria son las prioritarias en la prevención cardiovascular, pues se dirigen a los pacientes que, por tener mayor riesgo, más pueden beneficiarse del tratamiento.

² Departamento Técnico. Control de la colesterolemia en España, Un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Salud Pública. 2000; 74(3), 215-253.

- Prevención Primaria: Son personas sanas, pero que tienen un alto riesgo de desarrollar enfermedad coronaria porque presentan una combinación de factores de riesgo como pueden ser: Dislipemia, tabaquismo, elevación de la presión arterial, elevación de la glucemia, tener antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura

- Familiares de primer grado de pacientes con enfermedad coronaria de aparición precoz o con otras enfermedades ateroscleróticas.

Por otro lado, en estos últimos años se han realizado ensayos clínicos que han demostrado que la reducción de las cifras de colesterol en las personas con riesgo elevado, utilizando modificaciones en la dieta y fármacos adecuados, consigue reducir el riesgo individual de muerte por enfermedades coronarias y cerebrovasculares.

En España se llevan a cabo diferentes estudios de Prevención Cardiovascular. En Prevención Primaria, donde se pone de manifiesto la preocupación por el cambio de alimentación y la modificación de los hábitos de vida de los jóvenes y adolescentes españoles, se exponen pautas para el manejo de la hipercolesterolemia en pacientes de esa edad.

Como en Prevención Secundaria, un ejemplo es el caso de estudio PREVESE (Prevención de la Enfermedad Vascul ar en España)³ en el que se establecía que la prevención de las enfermedades cardiovasculares debía ser una prioridad pero que resultaba insuficiente ya que el cumplimiento de las medidas de prevención no abarca de forma similar a todos los factores de riesgo.⁴

La prevención secundaria pretende reducir la aparición de nuevos episodios cardiovasculares, y no solo el control de un factor de riesgo, como es la colesterolemia. Para conseguirlo se debe controlar los otros factores de riesgo,

³ Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J. La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rev Esp Salud Pública. 1999; 73(4): 435-437.

⁴ La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE .Rev Esp Cardiología. 1997; 50(6):406-15.

como el tabaco, la hipertensión arterial y la obesidad. Además se busca la rehabilitación del paciente para reintegrarse a una vida familiar, laboral y social plena; para ello es necesaria la actividad física programada y supervisada. Hay evidencias de que la prevención secundaria multifactorial mejora la supervivencia y la calidad de vida.

1.2.3 Epidemiología de la hipercolesterolemia

La hipercolesterolemia es por lo tanto una de los principales factores de riesgo cardiovasculares modificables, y supone un problema de salud importante desde el punto de vista social, y económico en nuestro país. Es el factor de riesgo más prevalente y afecta al 50% de la población española, sin embargo a la vez es el menos conocido y también el menos tratado.⁵

La Prevalencia de hipercolesterolemia en España es semejante a la de otros países, más si la comparamos con países del centro de Europa y superior que si la comparamos con países Asiáticos. En España aproximadamente entre el 20 y el 25 % de los adultos de edades medias presentan unas cifras de colesterol total superiores a 250 mg/ dl y entre el 50 y el 60% de la población se sitúan por encima de 200 mg/ dl. Se puede decir entonces que uno de cada cuatro pacientes que encontramos en las consultas de atención primaria está diagnosticado de dislipidemia⁶

Respecto de la mortalidad, las enfermedades del aparato circulatorio son la primera causa de muerte en España, provocando hasta el 40 % de todas las defunciones (con una tasa de 342 muertes por 100.000 habitantes) de las cuales, las de origen cardiovascular tienen una enorme relevancia, con el 68% y 71% en mujeres y hombres respectivamente, si bien nuestras tasas de mortalidad están entre las más bajas del mundo.

⁵ Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutiérrez-Fisac J, López-García E, Otero-Rodríguez A, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fs/vp/docs/2011/07/11/17/21/3a4a4254-d025-45d1-b8d4-40a42c0f852f.pdf. Consultado 01-05-2015

⁶ Millán Nuñez-Cortés J, Alegría E, Alvarez- Sala Walter L, Ascaso Gimilio J, Lahoz Rallo, Teresa Mantilla Morató, Jose M. Mostaza Prieto, Juan Pedro- Botet Montoya y Xavier Pintó Sala. Documento Abordaje de la dislipemia. Sociedad Española de Arteriosclerosis (parte III). Clin Invest Arterioscl. 2012; 24(2): 102- 107.

La prevalencia es diferente según la localización geográfica, Murcia se encuentra entre las Comunidades Autónomas con mayor prevalencia de hipercolesterolemia con un 30,7%, seguida por Cataluña Aragón y Madrid⁷

1.2.4 Definición de la patología

El término dislipemia indica una elevada concentración de lípidos en sangre. Hay varias categorías de este trastorno según los lípidos que están alterados.

Las dos formas más importantes son la **hipercolesterolemia** y la **hipertrigliceridemia**, aunque hay otras alteraciones que pueden ser frecuentes como la hiperquilomicronemia o la disminución del colesterol HDL (c-HDL).

La dislipemia está considerada como uno de los factores de riesgo principales de la cardiopatía coronaria, junto a la hipertensión y el hábito tabáquico. Sin embargo, hay otros factores de riesgo, que deben tenerse en cuenta.

El control de los niveles de lípidos plasmáticos: Colesterol total (CT), Triglicéridos (TG) y niveles de c-HDL es de gran importancia para la prevención de enfermedades como la arterioesclerosis y otras enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y vasculares periféricas.⁸

1.2.5 Fisiología de la dislipemia

La colesterolemia está influida por determinantes genéticos y alimentarios, principalmente la ingestión de ácidos grasos saturados y de colesterol.

Se ha determinado que la causa principal de enfermedad cardiaco coronaria es una elevación del LDL-colesterol, niveles altos de triglicéridos y una disminución del HDL- colesterol.

El objetivo prioritario para el correcto manejo de la dislipemia es la identificación de la enfermedad, analizando los valores de todas las fracciones lipídicas y el tratamiento correcto de los individuos enfermos.

⁷ Vegazo et al; Prevalencia de dislipidemia ajustada por edad, sexo e índice de masa corporal, por comunidades autónomas en España. Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. MedClin (Barc). 2006; 127:331-4.

⁸ Departamento Técnico. Protocolo sobre Dislipemias. Guía Información activa. Centro de información del medicamento COFRM.

1.2.6 Criterios de definición

Los niveles de lípidos deseables se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Niveles de lípidos deseables

Colesterol Total	< 200 mg/dL (5,17 mmol/L)
Colesterol LDL	< 130 mg/dL (3,36 mmol/L)
Colesterol HDL	< 45 mg/dL (1,16 mmol/L)
Triglicéridos	< 200 mg/dL(2,25 mmol/L)

- ❖ Se considera que un paciente tiene **hipercolesterolemia límite** cuando presenta unas cifras de colesterol sérico entre: 200 y 249 mg/dl, (5,17-6,45 mmol/l) y triglicéridos <200 mg/dl (2,26 mmol/l).⁹
- ❖ Se considera **hipercolesterolemia definida** a partir de cifras ≥ 250 mg/dl, (6,45 mmol/l) y triglicéridos <200 mg/dl (2,26 mmol/l). En prevención secundaria y en pacientes diabéticos hablamos de hipercolesterolemia definida para valores de colesterol >200 mg/dl (5,17mmol/l).
- ❖ Hipertrigliceridemia: colesterol total <200 mg/dl (5,17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2,26 mmol/l). En prevención secundaria y en pacientes diabéticos hablamos de hipertrigliceridemia para valores >150 mg/dl (1,69 mmol/l).
- ❖ Hiperlipidemia mixta: colesterol total >200 mg/dl (5,17 mmol/l) y triglicéridos >200 mg/dl (2,26 mmol/l).

⁹ Álvarez A. Guía clínica de Dislipemias 2012. Fistera: Portal de Atención Primaria. Disponible en <http://www.fistera.com/guias-clinicas/dislipemias/>. Consultado 04-05-2015

En la siguiente tabla se presenta la clasificación de la patología según los niveles límite de colesterol total y triglicéridos.

Tabla 2. Clasificación de la dislipemia

	COLESTEROL TOTAL	TRIGLICÉRIDOS
Hipercolesterolemia	> 200	< 200
Hipertrigliceridemia	< 200	> 200
Hiperlipemia Mixta o Combinada	> 200	> 200

Siempre tras medir el colesterol total en 2 ocasiones separadas en el tiempo, teniendo siempre en cuenta que las cifras de colesterol total tienen que contextualizarse en función de riesgo cardiovascular¹⁰

Tabla 3. Fracciones colesterol

Niveles de colesterol, sus fracciones y triglicéridos			
	(mg/dL)	mmol/L	Nivel
LDL- colesterol	< 100	< 2,59	Óptimo
	100 – 129	2,59 – 3,33	Normal
	130 – 159	3,34 – 4,11	Normal – alto
c-LDL	160 – 189	4,12 – 4,89	Alto
	≥ 190	≥ 4,90	Muy alto
Colesterol total	< 200	< 5,16	Deseable
	200 – 239	5,17 – 6,19	Normal – alto
	≥ 240	≥ 6,20	Alto
HDL- colesterol	< 40	< 1,03	Bajo
	≤ 60	1,55	Alto
c-HDL			

Según criterios etiopatogénicos las dislipemia se clasifican en¹¹:

- **Primarias:** Los trastornos lipoproteicos son causados por una base genética.
- **Secundarias:** La base de la alteración lipoproteica, está en una enfermedad subyacente.

¹⁰ Departamento Técnico. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC-PAPPS. Disponible en <http://www.papps.org/>. Consultado 10-05-2015

¹¹ Hernández Torrejon MJ. Protocolo de diagnóstico seguimiento y Tratamiento de Dislipemias. Disponible en <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica- I/guia/cardiovascular/Protocolo%20Dislipemias.PDF>. Consultado 07-05-2015

1.2.7 Diagnóstico

El incremento del colesterol total (CT) sérico aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular¹², mientras que el incremento del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL) lo reduce.

La prueba recomendada para el cribado de la dislipemia es la determinación del CT acompañado del cHDL, ya que permite calcular mejor el RCV¹³. A partir de 180 mg/dL, el riesgo asociado es gradual y continuo.

La magnitud del problema es evidente y por este motivo la necesidad de realizar un cribado de la dislipemia, por ello el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud PAPS enumera los siguientes puntos con diferentes grados de recomendación.

Tabla 4. Cribado dislipemia

Cribado de la dislipemia	Grado de recomendación
Se recomienda el cribado poblacional de la dislipemia al menos una vez en los varones antes de los 35 años y en las mujeres antes de los 45 años de edad; después, cada 5 o 6 años hasta los 75 años de edad, y en las personas mayores de 75 años se realizará una determinación si no se les había practicado ninguna anteriormente	A
Las estatinas a dosis estándar constituyen el tratamiento básico de la dislipemia	A
Las estatinas a altas dosis estarían recomendadas en pacientes con cardiopatía isquémica y, sobre todo, con un síndrome coronario agudo	A
La combinación con ezetimiba puede ser una alternativa al tratamiento con dosis altas de estatinas	B
No existen suficientes evidencias para recomendar la asociación de una estatina con un fibrato o niacina	C

¹² Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A, Marqués F, Muñoz E, Navarro B e Ignacio Ramírez J. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo expertos del PAPPs. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:16- 22

¹³ Cooney MT, Dudina A, De BD, Wilhelmsen L, Sams S, Menotti A, et al. HDL cholesterol protects against cardiovascular disease in both genders, at all ages and at all levels of risk. Atherosclerosis. 2009; 206:611-6.

Intervención en las dislipemias: una prioridad

Junto con la erradicación del tabaquismo, la diabetes, la obesidad y el control de la presión arterial, el control del colesterol es una de las principales estrategias para el control de las enfermedades cardiovasculares. Las medidas van encaminadas a implantar estilos de vida más saludables, una mejor alimentación basada en la dieta mediterránea, para mejorar los casos ya instaurados de hipercolesterolemia , evitar la aparición de nuevos casos entre personas sanas , o entre personas que ya han sufrido un episodio cardiovascular¹⁴

1.2.8 Tratamiento de las dislipemia

La actitud terapéutica depende de los antecedentes patológicos del paciente, es decir si el paciente se encuentra en prevención primaria o secundaria:

En la prevención primaria se considera que existe hipercolesterolemia cuando el colesterol total (CT) es igual o superior a 200 mg/dL (5.17 mmoles/l).

En la prevención secundaria, la hipercolesterolemia se define en base los niveles de c-LDL. Se considera elevado valores iguales o superiores a 100 mg/dL (2.6 mmoles/l).

1.2.8.1 Tratamiento no farmacológico

La importancia que tenía el colesterol de la dieta sobre su concentración sérica era conocida desde hacía años. De hecho, en la década de 1950 la abstención de los alimentos ricos en colesterol era el único método realmente eficaz para reducir sus valores plasmáticos.¹

En el caso de esta enfermedad crónica existe evidencia científica de que llevar a cabo este tipo de actividades saludables mejora considerablemente las cifras de colesterol, tal es así que se habla de que en el caso de las dislipemias, los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio como un fármaco universal con pocos efectos secundarios y bajo coste.¹

¹⁴ Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Navarro Pérez J, Lobos-Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, Martín Rioboó E, Banegas Banegas JR, Orozco-Beltrán D y Gil Guillén V. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:3-15

Unido al ejercicio debe ir una intervención dietética que consiste en: La reducción del consumo de ácidos grasos saturados, la limitación del consumo de azúcares simples, reducir la ingesta de sal, aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, y moderar el consumo de alcohol no superando los 30 gramos al día. En el caso de que el paciente tenga sobrepeso realizar una dieta baja en calorías. Este perfil dietético coincide con el de la dieta mediterránea, por lo que en resumen siguiendo estas prácticas que tenemos fácilmente a nuestro alcance se pueden conseguir objetivos saludables.

Además de la práctica deportiva es importante que todas estas medidas dietéticas estén acompañadas por otras que modifiquen el estilo de vida como el abandono del hábito tabáquico y del alcohol.

1.2.8.2 Tratamiento farmacológico:

La indicación de los fármacos hipolipemiantes se justifica en prevención secundaria y en el caso de prevención primaria si la dieta no ha conseguido reducir los niveles de colesterol.

El interés por el descenso del colesterol surgió cuando pudo establecerse una relación concluyente entre su concentración plasmática y el desarrollo de complicaciones cardiovasculares, así nacieron los primeros fármacos hipolipemiantes.¹⁵

Una vez diagnosticada la dislipidemia para lograr un mayor control debe definirse con claridad el objetivo terapéutico para cada paciente en función de que parámetros del perfil lipídico están alterados, de manera que se diseñe el tratamiento más adecuado para que el paciente alcance los objetivos terapéuticos en los primeros meses.

Existen diferentes opciones en el tratamiento farmacológico de la dislipemia, los fármacos modificadores de los lípidos se diferencian en:¹⁶

¹⁵ Mostaza Prieto JM, About the discovery of hypolipidemic drugs. Unidad de Arteriosclerosis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. España. 2008; 130(18).

¹⁶ Departamento Técnico. Base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Bot Plus Web-Portalfarma. Bot Plus 2.0. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com>. Consultado 02-05-2015.

C10 AGENTES MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS

» C10A AGENTES MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS

MONOFARMACOS

C10AA HIPOLIPEMIANTES: INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA

Estatinas: En la mayoría de los estudios se pone de manifiesto que las estatinas son los fármacos más utilizados para el tratamiento de la dislipidemia, son los fármacos de elección en hipercolesterolemia tanto primaria como secundaria, han demostrado inhibir la mortalidad cardiovascular. Actúan inhibiendo competitivamente la HMG CoA reductasa, inhibiendo la síntesis de colesterol. Actualmente están disponibles:

Atorvastatina

Cerivastatina

Fluvastatina

Lovastatina

Pitavastatina

Pravastatina

Rosuvastatina

Simvastatina

Alrededor del 90% de los pacientes están en tratamiento con estatinas, el 9% con fibratos, y menos del 1% con resinas la utilización de este grupo de fármacos con uso minoritario en España tiende a mantenerse o disminuir⁵

C10AB HIPOLIPEMIANTES FIBRATO

Es un medicamento capaz de disminuir los niveles de colesterol y de triglicéridos de la sangre disminuyendo su síntesis en el hígado. Los fibratos actúan estimulando la actividad de la lipoprotein lipasa, enzima que metaboliza las VLDL en los tejidos, provocando un descenso ligero de las LDL y un incremento de HDL. Están indicados en hiperlipidemia mixta o en el caso de contraindicación de estatinas. Los fibratos utilizados actualmente son:

Bezafibrato
Fenofibrato
Gemfibrozilo

C10AC HIPOLIPEMIANTE SECUESTRANTES DE SALES BILIARES

Son medicamentos capaces de disminuir los niveles de colesterol de la sangre actuando a nivel gastrointestinal. Se une a los ácidos biliares, sintetizados en el hígado a partir del colesterol, e impide su reabsorción, siendo eliminados en las heces. Se utilizan junto con medidas no farmacológicas: ejercicio, pérdida de peso, dieta...

Colesevelam
Colestipol
Colestiramina
Detaxtran

C10AD HIPOLIPEMIANTE AD NICOTINICO Y DERIVADOS

El ácido nicotínico inhibe la lipólisis en tejidos adiposos, estimula la actividad de la lipoproteína lipasa, aumentando la destrucción de tejidos grasos acumulados y reduce la formación de triglicéridos plasmáticos por parte del hígado e inhibe la síntesis y secreción de apoB-100 y de VLDL hepática¹⁷. Fue una de las primeras sustancias utilizadas para descender el colesterol fue el ácido nicotínico o niacina, fármaco que se descubrió hace más de 50 años El uso de este fármaco en España es muy limitado ya que presenta efectos adversos con frecuencia, como: rubor que afecta sobre todo a cara, cuello y tronco superior, hiperglucemia, hiperuricemia, síntomas gastrointestinales y hepatotoxicidad facial, dolor abdominal, náuseas y vómitos.¹⁸

Acipimox
Ácido nicot

¹⁷ Martínez-Ortiz JA, Páez L, von Saalfeld K. Tratamiento de dislipidemias con ácido nicotínico. Rev Costarric Cardiol 2002; 4(1): 23-27.

¹⁸ Elam MB, Hunnighake DB, Davis KB, Garg R, Johnson C, Egan D, Kostis JB, Sheps DS, Brinton EA; for the ADMIT investigators. Effect on niacin on lipid and lipoprotein levels and glycemic control in patients with diabetes and peripheral arterial disease. The ADMIT study: a randomized trial. JAMA Sep 13, 2000; 284(10): 1263-1270.

C10 AX OTROS AG MODIF DE LOS LIPIDOS: TRIGLICERIDOS

OMEGA 3 EZETIMIBA

Actúan inhibiendo la síntesis de triglicéridos en el hígado y aumentando la oxidación de ácidos grasos, lo que contribuye al descenso de los triglicéridos, podemos encontrar estos lípidos en diversos tipos de pescados, por lo que una dieta rica en este alimento puede servir de tratamiento

Ácido omega 3

Ezetimiba

Sulodexida

» C10B AGENTES MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS

COMBINACIONES

Existen comercializados: Inegy y Vytorin 10/ 20 mg, 10/ 40, combinación de simvastatina 20mg y ezetimiba 10 mg.

Se recomienda la utilización de terapia combinada cuando con un solo fármaco no se controla la hiperlipemia, para intentar disminuir los efectos secundarios de cada uno de los fármacos utilizados, reduciendo la dosis de cada uno de ellos. Las combinaciones más utilizadas son:

- Resinas de intercambio iónico + fibratos
- Resinas de intercambio iónico + ácido nicotínico
- Resinas de intercambio iónico + inhibidores de la HMGC_oA reductasa
- Inhibidores de la HMGC_oA-reductasa + ác. Nicotínico

Nuevos fármacos para el futuro

Los grupos de fármacos anteriormente expuestos son las opciones terapéuticas actualmente disponibles para el abordaje de la dislipemia, sin embargo se están llevando a cabo estudios clínicos con tratamientos farmacológicos innovadores, dichos tratamientos podrían convertirse en un futuro no muy lejano en la opción para el tratamiento de la enfermedad, ampliando el arsenal terapéutico y siendo el tratamiento de elección en esta patología, entre ellos podemos nombrar: Inhibidores de PCSK9, Inhibidores de CETP, Y Agonistas PPAR¹⁹

¹⁹ Coll T, Rodriguez- Calvo R, Barroso E, Serrano L, Eyre E, Palomer X, et al. Peroxisome proliferator- activated receptor (PPAR) beta/delta: A new potential therapeutic target for the treatment of metabolic síndrome. Curr Mol Pharmacol. 2009;2:46-55.

1.3 CUMPLIMIENTO

El cumplimiento terapéutico es definido por numerosos autores. Sin embargo, no es fácil encontrar una definición precisa. Hace referencia únicamente a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el personal sanitario para el tratamiento farmacológico prescrito, algunas veces de forma automática o sin pensar en porqué los hace.²⁰

Puede expresarse como el “grado de conciencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, incluyendo asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida”

El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos. Se trata de un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y de origen complejo.

“Los medicamentos no funcionan en aquellos pacientes que no los toman”²¹

Existe un problema importante en la no adherencia al tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas como es el caso de la hipercolesterolemia, ya que se convierte en la razón principal del fracaso del tratamiento prescrito. Desde la oficina de farmacia podemos abordar esta falta de adherencia de una manera sencilla y convirtiendo el problema en una oportunidad para acercarnos al paciente y hacerlo participar de manera activa en su enfermedad y en su tratamiento.

²⁰ Ruíz E. Receta electrónica y adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en pacientes dislipémicos. Tesis doctoral. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. 2011. Disponible en: <http://www.melpopharma.com/descargas/tesis/esteban-ruiz-garcia.pdf>. Consultado 05-08-2013.

²¹ Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353(5):487-97.

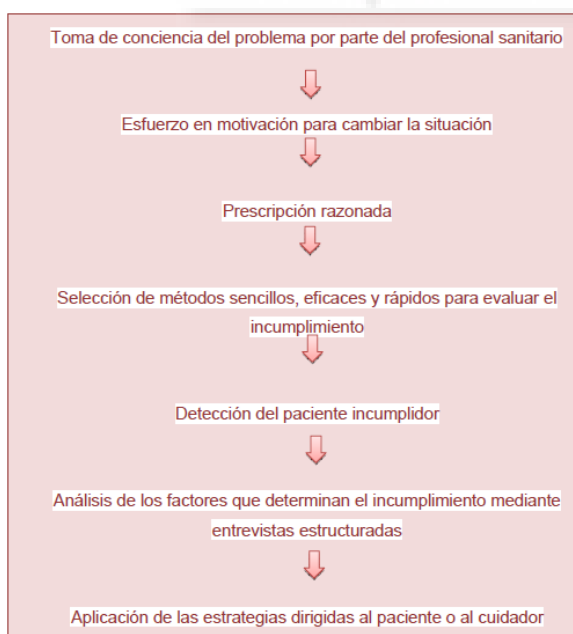
1.3.1 Factores que influyen en el incumplimiento

En la bibliografía se describen una gran cantidad de características potencialmente vinculadas a una baja adherencia a los tratamientos farmacológicos²², podemos agrupar estas en cuatro grandes grupos:

- ❖ Características relacionadas con el paciente
Por ejemplo: Edad, Sexo, nivel de estudios, situación laboral, conocimiento previo sobre la enfermedad se ha visto que pueden influir en la adherencia a los medicamentos
- ❖ Características relacionadas con la patología
Diferenciando entre patologías crónicas y patologías agudas, o patologías con ausencia de síntomas
- ❖ Características relacionadas con el tratamiento
Tratamientos complejos, múltiples reacciones adversas, falta de confianza en la efectividad.
- ❖ Características relacionadas con el equipo existencial
Supervisión del paciente por parte del médico, enfermero, farmacéutico, o la confidencialidad en la atención sanitaria

1.3.2 Estrategias para mejorar el cumplimiento

Tabla 5. Abordaje de la falta de adherencia desde la oficina de farmacia²³



²² Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento farmacológico. Butlletí d'informació terapèutica 2004; 16(3):9-14.

²³ Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud 2004;28(5):113-20.

Existen diferentes estrategias descritas en la literatura científica sobre el abordaje de la falta de adherencia, entre las que encontramos²⁴

Tabla 6. Estrategias para abordar el incumplimiento terapéutico

Reducción de la complejidad de Tratamiento	-Reducción del número de fármacos y la posología (frecuencia de dosificación y adaptación de los hábitos de vida) -Organizadores de medicación: SPD, Etiquetas, pastilleros
Información/ Educación sanitaria (Soporte escrito/ oral al principio y final de la intervención)	-Explicar: por qué, para qué, cuándo y cómo tomar la medicación Informar de efectos adversos, qué hacer con los olvidos -Informar de la enfermedad y su evolución
Relación profesional sanitariopaciente	-Empatía con el paciente -Escucha activa, preguntas abiertas -Considerar particularidades culturales -Hacer partícipe al paciente de su enfermedad, tratamiento y la importancia de medidas conductuales para la mejora de estos
Soporte social y familiar	-Valorar la situación familiar del paciente -Valorar la disponibilidad de tiempo
Situación especial: paciente anciano	-Reducción de medicación en lo posible -Reducción de la movilidad y dificultad para realizar ciertas actividades: tragar, manipulación de medicamentos, falta de visión -Deterioro cognitivo

²⁴ Departamento Técnico. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud COMUNIDAD DE MADRID. Notas Farmacoterapéuticas. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. 2006; 13(8): 31-38.

Herramientas para mejorar la adherencia

También se desarrollan estrategias desde el punto de vista de la dispensación activa, en las que se exponen recomendaciones al paciente tanto de medidas a tomar con sus medicamentos durante el tratamiento y en caso de olvidos, así como de medidas higiénico dietéticas que debe seguir para mejorar su enfermedad.

Díptico plan estratégico para el desarrollo de atención farmacéutica.

Dispensación activa: estatinas²⁵

DISPENSACIÓN ACTIVA en Estatinas
Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica

Recuerde Que:

- Debe advertir siempre a su médico o farmacéutico de los medicamentos que toma.
- Este medicamento no debe ser utilizado si está embarazada, o en edad fértil debiendo tomar en tal caso, medidas anticonceptivas eficaces mientras está en tratamiento.
- Generalmente este medicamento se toma una vez al día, con o sin alimentos, preferentemente por la noche a la hora de acostarse con una cantidad suficiente de líquido (un vaso de agua), infórmese.
- Debe avisar a su médico inmediatamente si presenta síntomas musculares como dolor muscular, debilidad o calambres musculares.
- El uso de este medicamento debe realizarse conjuntamente con ejercicio físico, medidas de carácter dietético, reduciendo el consumo de colesterol y grasas saturadas.

Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de Panamá

DISPENSACIÓN ACTIVA en Estatinas
Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica

Recuerde Que:

- SI OLVIDA una dosis debe tomarla cuanto antes, u omitirla en caso de estar próxima la siguiente toma. NUNCA debe tomar doble dosis.
- No debe interrumpir el tratamiento sin el consentimiento de su médico, debido a que es posible que los niveles de colesterol vuelvan a los iniciales.
- No debe modificar las dosis que le han prescrito y ha de seguir con rigor las recomendaciones dietéticas de su médico.
- Es conveniente que suprima o reduzca el consumo de tabaco y alcohol.
- Debe controlar su peso, siguiendo una dieta rica en pescado, vitaminas C y E, y con el mínimo consumo de sal.
- Es recomendable realizar ejercicio físico diario (p.ej: un paseo de 30 a 60 minutos a ritmo moderado)

Con la colaboración de: Cinfa

²⁵ Consejo General de Consejos de Farmacéuticos. Díptico plan estratégico para el desarrollo de atención farmacéutica. Dispensación activa. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/comunicacionesprofesionales/mo-nograficosprof/Documents/Campanias_Sanitarias_2002_2010.pdf. Consultado 03-05-2015

1.3.3 Métodos para medir el cumplimiento²⁶

En la actualidad los métodos que nos ofrecen la posibilidad de valorar el cumplimiento son de dos tipos: Métodos directos y Métodos indirectos

- **Métodos directos**

Son métodos muy objetivos y específicos. Se basan en la determinación del fármaco, sus metabolitos o un trazador incorporado a él, en algún fluido biológico del enfermo. Estos métodos no están disponibles para todos los medicamentos y resultan caros para aplicarlos en la práctica clínica diaria. Son los métodos elegidos en los ensayos clínicos.

- **Métodos indirectos**

Son los que valoran el cumplimiento a partir de información facilitada por el paciente, midiendo sucesos o circunstancias que se relacionan probablemente de forma indirecta, con el cumplimiento. Suelen ser sencillos y económicos de realizar

De entre los indirectos, destacan 3 cuestionarios, son los principales para la determinación del grado de cumplimiento de un paciente y pertenecen al método de la entrevista personalizada

- **Test de Haynes-Sackett:** se basa en el recuento de comprimidos. Consiste en realizar al paciente una pregunta:

“La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? Sí/No”

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje de cumplimiento comparado con el número de comprimidos indicado. Se considera cumplidor aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos superior al 80% o inferior a los 110 % de los prescritos.

²⁶ Busquets Gil, A. Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a una farmacia rural de Girona y otra de Almería. DEA. Universidad de Granada., 2008. Disponible en: www.melpopharma.com. Consultado 03-05-2015

- **Test de Batalla:** pretende conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad a partir de un test que contiene tres preguntas.

Una respuesta incorrecta califica al paciente de no cumplidor:

1. *¿Es la dislipemia/ hipercolesterolemia una enfermedad para toda la vida? Sí/No*
2. *¿Se puede controlar con dieta y/o medicación? Sí/ No*
3. *Cite dos o más órganos que pueden lesionarse por tener el colesterol elevado*

Este Test considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas anteriores, y cumplidor si responde correctamente a estas

- **Test de Morisky-Green:** consta de 4 preguntas acerca de cómo el paciente toma su medicación. Nos permite clasificar a los pacientes como cumplidor o no cumplidor.

1. *¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Sí/No*
2. *¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí/No*
3. *¿Cuándo se encuentra bien, deja de tomar la medicación? Sí/No*
4. *¿Si alguna vez le sienta mal, deja usted de tomarla? Sí/No*

1.4. METODOLOGIA CUALITATIVA: metodología Delphi en salud.

La técnica Delphi permite desarrollar un consenso multidisciplinar para establecer soluciones a las enfermedades crónicas. Faltan estudios en enfermedades como la dislipemias 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 expertos mediante la técnica Delphi

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

1.4.1 Concepto

El método Delphi es un método formal y sistemático para la obtención de un consenso entre expertos. Podría definirse como una encuesta de varias etapas en la que un grupo de experto contesta de manera anónima y aislada con el fin último de hallar el consenso en sus opiniones. Se basa en la premisa de que la opinión consensuada de un grupo de expertos tiene mayor validez que la opinión de cada uno de los expertos por separado.²⁷

1.4.2 Origen y evolución

La primera aplicación experimental del método Delphi de la que se tiene constancia tiene lugar fuera del contexto de salud, en 1984, cuando un grupo de estadísticos, intentando predecir los resultados de las carreras de caballos, observaron que los jugadores perdían menos dinero cuando basaban las apuestas en la opinión consensuada de comisarios evaluadores de los purasangres (según la nomenclatura Delphi, serían los “expertos”) que cuando apostaban por su cuenta.²⁷

El método se comenzaría a desarrollar de una manera más sistemática en los primeros años de la guerra fría con la finalidad de disponer de una técnica que permitiese pronosticar, entre otros, los efectos y la probabilidad de un ataque nuclear soviético sobre suelo estadounidense²⁸. Así se bautizó al proyecto con el nombre “Project Delphi”, en honor al oráculo de Delfos al que los antiguos griegos consultaban para conocer su destino y el resultado de sus guerras.²⁹ Por motivos de secreto militar, los resultados y la metodología del proyecto no se publicaron hasta 1962³⁰.

²⁷ Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.

²⁸ Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR. The modified Delphi technique: a rotational modification. Journal of Vocational and Technical Education. 1999;15:50-8

²⁹ Berra A, Marín I, Reyes G. Metodología de expertos. Consenso en Medicina. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1966

³⁰ Dalkey N, Helmer O. Delphi technique: characteristics and sequence model to the use of experts. Management Science. 1963;9:458-67

A partir de ese momento la metodología Delphi se aplicó en multitud de áreas y disciplinas. Desde entonces se han seguido publicando guías y manuales, y una de sus variaciones (el método RAND/UCLA de uso apropiado) se ha convertido en una pieza clave en el desarrollo de muchas guías de práctica clínica³¹.

Las nuevas tecnologías de la comunicación y el hecho de que la metodología Delphi es compatible con una deslocalización geográfica de los participantes han marcado una reciente explosión en la aparición estos estudios.³²

1.4.3 Funcionamiento

El método Delphi se basa en la entrega de un cuestionario a un panel de expertos de un determinado campo, (en este caso farmacéuticos), en el que se les pregunta su opinión sobre uno o más temas concretos. Las opiniones resultantes se incorporan de forma anónima al cuestionario, (ya sea mostrando una distribución cuantitativa de las obtenidas en la ronda anterior, incluyendo los comentarios aportados a pie de cada pregunta o incluso modificando las mismas preguntas en función del diseño del estudio) a modo de retroalimentación. Esta nueva versión se vuelve a entregar a los expertos, junto con instrucciones para que vuelvan a contestar a las preguntas, teniendo esta vez en consideración la información recién aportada.

Este proceso se va repitiendo durante una serie de rondas hasta que se cumplen los criterios del estudio. Una vez llegado a este punto, el conductor del estudio elaborara sus conclusiones a partir de la interpretación y la explotación estadística de los datos obtenidos.

³¹ Pardo R. Manual metodológico para la elaboración y adaptación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Edición online. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en : http://www.gets.unal.edu.co/manual_gpc.html Consultado:6-11-2014

³² TechCast Global, Inc. The TechCast Project. Washington: TechCast;1998. Disponible en : <http://www.techcastglobal.com/> Consultado 12-05-2015

El proceso general podría esquematizarse según la tabla 7.³³

-
- I. Fase preparatoria
 - 1) Selección de los expertos
 - 2) Determinación de objetivos y elaboración del cuestionario

 - II. Fase de consulta
 - 3) Realización de la ronda de consulta
 - 4) Procesamiento estadístico de los resultados de la ronda
 - 5) Retroalimentación de los resultados del procesamiento de las respuestas

(Los pasos 3, 4 y 5 se repetirían a lo largo de tantas rondas como marcarse el diseño del estudio)

- III. Fase de resultados
 - 6) Determinación del consenso
 - 7) Informe de resultados
-

1.4.4 Características de la investigación.

Los rasgos que constituyen los atributos característicos del método Delphi son los enumerados a continuación³⁴, si bien, existen múltiples variaciones en el método y se pueden hallar en la literatura médica estudios Delphi que contienen excepciones a prácticamente cada uno de ellos

- Los expertos expresan su opinión respecto a diversos ítems de un cuestionario en varias rondas consecutivas, pudiendo cambiar libremente su respuesta en cada una de ellas.
- En cada ronda posterior a la primera se facilita un resumen a los expertos informando de las opiniones aportadas por el resto ya sea de forma cuantitativa o cualitativa.
- Dicha información se muestra de manera anónima a los expertos.
- La retroalimentación de información resultante modifica a la vez sus opiniones, tendiendo teóricamente a la convergencia de opiniones.
- La no obtención de consenso en un ítem determinado se convierte también en un indicador de controversia altamente informativo.

³³ Masdeu Avila C. Hipertensión y riesgo cardiovascular. Hipertens riesgo vasc. 2015;32 (Suple 1): 12-16

³⁴ Rowe G, Wright G. The Delphi technique as forecasting tool: issues and analysis. International Journal of Forecasting. 1999;15:353-75

- Una característica importante que las diferencia del resto de estudios o encuestas es que se busca la opinión informada de un grupo de expertos que puedan realizar contribuciones válidas y que posean conocimientos basados en la práctica y la experiencia.³⁵

1.5 Justificación del estudio

En el proceso clínico de las dislipemias, la prevención, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, el seguimiento y dentro de él el incumplimiento terapéutico y la inercia clínica reflejan la incertidumbre sobre los objetivos precisos a conseguir conforme con las recomendaciones de las guías clínicas. Barreras externas, pueden explicar mejor por qué los farmacéuticos no siguen las guías de práctica clínica.

Actualmente se considera que los dos factores más importantes para la falta de control en las enfermedades crónicas en general y las dislipemias en particular son el incumplimiento terapéutico o falta de adherencia a las recomendaciones hechas por los profesionales sanitarios y la inercia clínica o terapéutica o retraso en la toma de decisión por el profesional sanitario de realizar cambios en el tratamiento a pesar de observar un mal control.

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 con dislipemias atendidos en las oficinas de farmacia.

ANTECEDENTES

Hasta el momento no hay estudios sobre el cumplimiento de los pacientes dislipémicos utilizando una metodología cualitativa en oficina de farmacia.

Por esto consideramos una de las principales fortalezas de nuestro estudio la investigación realizada, pues aporta un inicio relevante de investigación clínica la cual debe finalizar con más investigación cualitativa en el que los panelistas sean expertos de todos los profesionales sanitarios que participan en la toma de decisión sobre el paciente dislipémico.

³⁵ Baker J, Lovell K, Harris N. How expert are the experts?. A exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. Nurse Res. 2006;14:59-70.

2.HIPOTESIS

A través del método Delphi, y basado en una metodología cualitativa que se basa en la búsqueda de un acuerdo entre un grupo de expertos de manera privada y anónima, queremos alcanzar un consenso entre profesionales farmacéuticos comunitarios los cuales se consideren expertos en cumplimiento terapéutico por su experiencia y motivación frente al tema, para así, vencer el problema del incumplimiento en la práctica clínica.

Para ello se valorará la identificación de las barreras que dificultan el buen cumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos. A través del enunciado de esta hipótesis, queremos delimitar el marco teórico de nuestra investigación clínica.

Se acepta que el incumplimiento terapéutico en los pacientes dislipémicos españoles al tratamiento farmacológico es del 50% y a las medidas higiénico-dietéticas es del 95%. Mucho esfuerzo y dinero se gastan en medicamentos pero nadie se pregunta si el paciente los toma o no y como Hipócrates decía a sus discípulos: “llevar cuidado cuando preguntéis si cumplen pues ellos os van a mentir para tenerlos contentos a vosotros”.

En el sistema sanitario pocos son los profesionales que preguntan a sus pacientes si cumplen con el tratamiento. Se extraen esas conclusiones de los estudios realizados en centros de salud.

Se indica que las oficinas de farmacia deben participar en este proceso pero faltan investigaciones que nos indiquen si en el momento actual se están haciendo 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 frente a que barreras se encuentran en el día a día para identificar y modificar el incumplimiento terapéutico de los pacientes que acuden a sus oficinas de farmacia y que papel tienen que desempeñar estos farmacéuticos para vencer este importante problema en la práctica clínica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer un consenso para identificar las barreras (factor de estudio) a las cuales nos enfrentamos desde la oficina de farmacia y que están dificultando el cumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Adentrarnos en el pensamiento de los farmacéuticos comunitarios expertos sobre su opinión frente al cumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos.
- ✓ Mejorar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica de los pacientes dislipémicos que acuden a nuestra oficina de farmacia.
- ✓ Investigar si el cumplimiento terapéutico es un problema en la oficina de farmacia.
- ✓ Conocer si hay variabilidad en las afirmaciones de la práctica clínica de los farmacéuticos comunitarios.

4. MATERIALES Y METODOS

La metodología utilizada se basa en dos artículos publicados por el grupo de investigación cualitativa del departamento de medicina clínica de la universidad Miguel Hernández^{36 37}. En donde se abordan los siguientes criterios:

4.1 Diseño.

Diseño observacional descriptivo y transversal mediante técnica Delphi. Dos vueltas de consulta.

4.2 Población de referencia.

Farmacéuticos expertos que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, los cuales aceptan por consentimiento otorgado por email.

³⁶ 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).

³⁷ 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*

4.3 Criterios de inclusión.

Se considera experto en cumplimiento a aquella persona que trabaja en oficina de farmacia, que atiende a pacientes dislipémicos y muestra interés en temas relacionados con el cumplimiento de estos.

4.4 Criterios de exclusión.

Aquellos farmacéuticos que tras contactar con ellos no quisieron realizar el estudio.

4.5 Ámbito de estudio.

Este estudio se llevó a cabo a los farmacéuticos comunitarios de 8 oficinas de Farmacia de Murcia: Farmacia Muñoz Torres C.B, Farmacia Moreno C.B, Farmacia Fuentes Flores, Farmacia Manuel Suárez Ortega, Farmacia María Dolores Sánchez Díaz, Farmacia Ruiz y Ladrón de Guevara, Farmacia Marina Lucía Díaz Martínez y Sevilla: Farmacia Juan Pedro Vaquero Prada.

4.6 Periodo de estudio.

Desde el mes de Abril del 2015 que se comenzaron a realizar las encuestas a los farmacéuticos comunitarios hasta Mayo de 2015.

4.7 Tamaño de la muestra, aspectos puntuales.

En la metodología Delphi no se busca representatividad estadística de los expertos respecto a una población en general; Esto hace que el número de participantes pueda variar enormemente en función de las necesidades y características de la investigación. Una consideración generalmente aceptada respecto a la determinación del tamaño del grupo de expertos es que debe ser lo suficientemente heterogéneo como para asegurar que puedan aparecer posturas diferentes en el ámbito de la opinión.

El muestreo se elige por conveniencia por la dificultad de encontrar panelistas expertos en temas de cumplimiento terapéutico. La SEFAP muy 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.

4.8 Participantes, aspectos puntuales.

En un principio para este trabajo fin de grado se realiza un estudio piloto en donde se ha seleccionado a 12 panelistas seleccionados entre farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia de la provincia de Murcia y Sevilla farmacia y se ha contrastado su opinión con 5 panelistas que trabajan en el servicio de farmacia de atención primaria ubicados en los hospitales universitarios de Elda y Alicante. Este es un primer estudio que se seguirá con una muestra de 50 panelistas que trabajan en oficina de farmacia y 25 en farmacia hospitalaria y que será motivo de mi tesis doctoral en un futuro.

Han sido escogidos de manera aleatoria, e invitados a participar de manera directa, sin relación entre ellos. Los panelistas seleccionados recibirán por correo electrónico un mensaje de invitación a participar en este proyecto, al que deberán responder si están interesados por este mismo medio otorgando su consentimiento por participación. La participación efectiva se produce mediante la cumplimentación de los cuestionarios que previamente se les habrá suministrado por correo electrónico. Entre el primer y segundo envío a los participantes se les dará información sobre las preguntas que no han conseguido consenso por email.

4.9 Instrumento

Cuestionario estructurado con 24 afirmaciones sin un orden concreto. Respuesta tipo Likert de nueve posiciones para cada una de ellas, remitido y cumplimentado en dos vueltas, en esta segunda tanda las preguntas se redujeron a 13.

La selección y elección de las afirmaciones se definirá mediante varias reuniones utilizando la técnica de grupo nominal con el comité científico.

El grado de acuerdo se valora utilizando medidas de tendencia central y medidas de dispersión. De ellas se utiliza para el trabajo fin de grado la proporción y la media. Se analizan concordancias y discrepancias entre ambos colectivos (índice Kappa y ji cuadrado de McNemar).

4.10 Análisis estadístico.

Para valorar el análisis estadístico entre el primer y el segundo envío se realizan proporciones y medias. Las preguntas que se mandan en segundo envío tras la notificación a los farmacéuticos son aquellas que no consiguen el nivel mínimo consensuado de acuerdo establecido en un 80%. Hemos querido valorar el grado de concordancia y discrepancia entre los resultados obtenidos entre la primera y segunda ronda de los farmacéuticos de oficina de farmacia con los obtenidos con 5 farmacéuticos que trabajan en hospitales atendiendo problemas de pacientes atendidos en atención primaria, también seleccionados por conveniencia por el tutor del trabajo al considerarlos expertos en temas de cumplimiento terapéutico con la patología de estudio. En este planteamiento vamos a establecer la siguiente hipótesis: hipótesis nula (no existen diferencias en los acuerdos y discrepancias entre los farmacéuticos de farmacia comunitaria y los farmacéuticos hospitalarios), y la hipótesis alternativa (existen diferencias entre las concordancias y las discrepancias de las 24 preguntas entre los farmacéuticos de comunitaria y los farmacéuticos hospitalarios). Para responder a esta pregunta calculamos el índice kappa con su límite de confianza al 95% y como prueba estadística utilizamos el ji- cuadrado de McNemar con un grado de libertad y se valorará la significación estadística si obtiene un valor de p menor o igual de 0,05.

Tabla 8. Escala de puntuación de los ítems

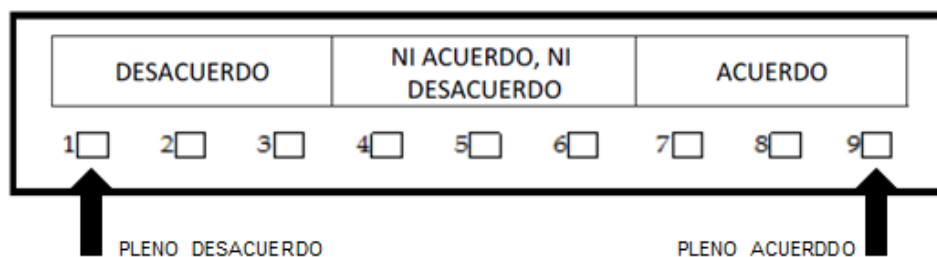
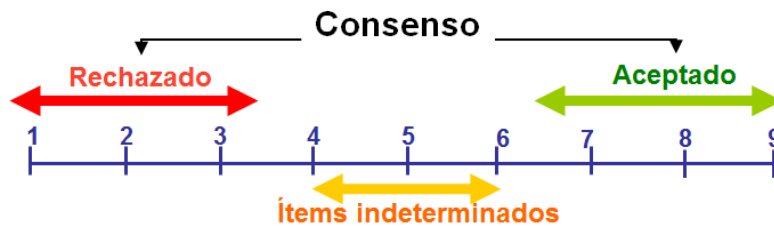


Tabla 9. Valoración de ítems.

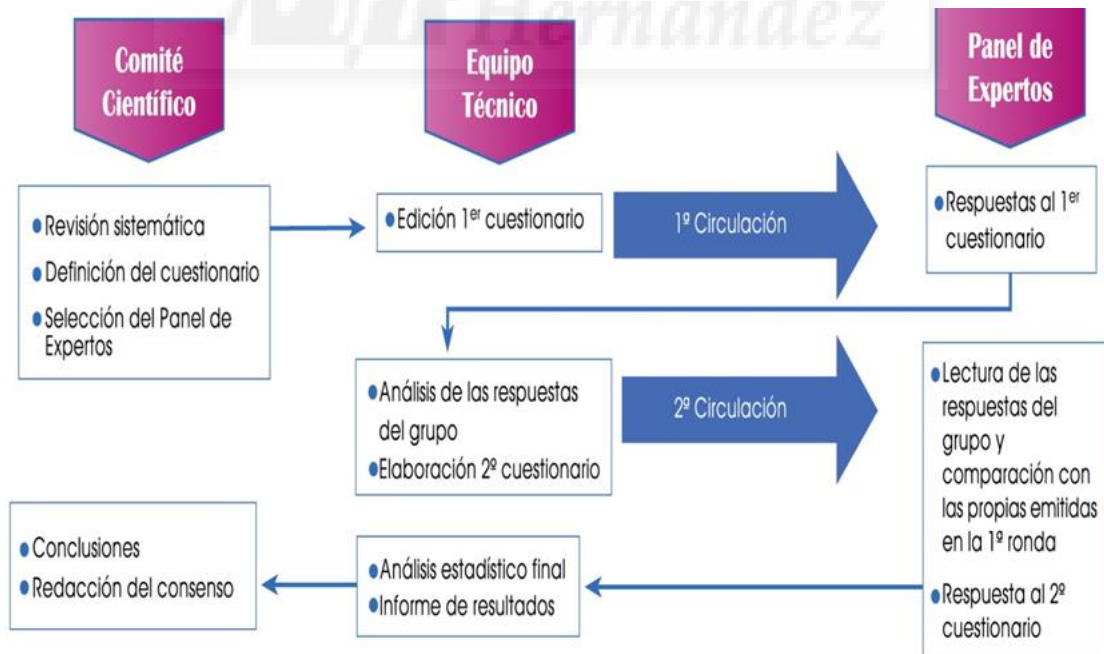


- N° Afirmaciones rechazadas por los panelistas (puntuaciones tipo Likert 1-3)
- N° Afirmaciones indeterminadas por los panelistas (puntuaciones tipo Likert 4-6)
- N° Afirmaciones aceptadas por los panelistas (puntuaciones tipo Likert 7-9)

4.11 Esquema de desarrollo del estudio

Se presentará este trabajo para optar al trabajo fin de grado de Farmacia ante el tribunal evaluador de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Los pasos seguidos en este trabajo están recogidos en el siguiente esquema:

Tabla 10. Esquema desarrollo del estudio



- Comité científico formado por la unidad de investigación del departamento universitario de salud de Elda, el doctor Vicente Francisco Gil Guillen y Natalia Moreno Torres.
- Equipo técnico formado por la unidad de investigación del departamento universitario de salud de Elda, el doctor Vicente Francisco Gil Guillen, Avelino Pereira Exposito y Natalia Moreno Torres.
- Panel de expertos formado por los 12 farmacéuticos comunitarios.

5. RESULTADOS

En el periodo de realización de las encuestas y la recogida de datos que comprende desde abril a mayo de 2015, se realizaron un total de 13 encuestas a farmacéuticos trabajadores en oficina de farmacia, de los cuales 1 se tuvo que anular por motivos de falta de datos, debido a la falta de cumplimentación de la segunda encuesta.

5.1. Resultados del Delphi primer envío.

Los resultados obtenidos a través de contestar la primera encuesta fueron:

Tabla 11. Resultados del primer envío.

Preguntas	Acuerdo N (%)	Ni acuerdo ni desacuerdo N (%)	Desacuerdo N (%)	% de opción más votada	Media
1	9 75%	2 16,7%	1 8,3%	75%	7,3
2	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,2
3	0 0%	1 8,3%	11 91,7%	91,7%	2,1
4	0 0%	2 16,7%	10 83,3%	83,3%	2,3
5	7 58,3%	5 41,7%	0 0%	58,3%	6,6
6	8 66,7%	3 25%	1 8,3%	66,7%	6,5
7	7 58,3%	3 25%	2 16,7%	58,3%	6,2
8	7 58,3%	3 25%	2 16,7%	58,3%	6,2

9	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,2
10	9 75%	1 8,3%	2 16,7%	75%	6,8
11	3 25%	2 16,7%	7 58,3%	58,3%	4
12	8 66,7%	4 33,3%	0 0%	66,7%	6,9
13	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,6
14	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,2
15	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8
16	12 100%	0 0%	0 0%	100%	7,8
17	0 0%	4 33,3%	8 66,7 %	66,7%	3,9
18	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,1
19	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,1
20	5 41,7%	6 50%	1 8,3%	50%	5,9
21	3 25%	5 41,7%	4 33,3%	41,7%	5,2
22	7 58,3%	3 25%	2 16,7%	58,3%	6,3
23	11 91,7%	1 8,3%	0 0%	91,7%	7,8
24	8 66,7%	3 25%	1 8,3%	66,7%	6,7

5.2 Resultados del segundo Delphi

Los resultados obtenidos a través de contestar la primera encuesta fueron:

Tabla 12. Resultados del segundo envío.

Preguntas	Acuerdo N (%)	Ni acuerdo ni desacuerdo N (%)	Desacuerdo N (%)	% de opción más votada	Media
1	11 91,7%	0 0%	1 8,3%	91,7%	6,9
5	7 58,3%	3 25%	2 16,7%	58,30%	6
6	8 66,7%	3 25%	1 8,3%	66,70%	6,2
7	7 58,3%	3 25%	2 16,7%	58,30%	6
8	5 41,7%	5 41,7%	2 16,7%	41,70%	5,6

10	12 100%	0 0%	0 0%	100%	8,3
11	2 16,7%	2 16,7%	8 66,7%	66,70%	3,8
12	9 75%	3 25%	0 0%	75%	6,7
17	2 16,7%	2 16,7%	8 66,7%	66,7%	3,6
20	5 41,7%	5 41,7%	2 16,7%	41,7%	6
21	2 16,7%	5 41,7%	5 41,7%	41,7%	4,3
22	6 50%	4 33,3%	2 16,7%	50%	6,3
24	8 66,7%	3 25%	1 8,3%	66,7%	7

5.3 Barreras de nuestro estudio.

Las barreras encontradas frente al cumplimiento terapéutico en nuestro estudio, podrían resumirse en los siguiente enunciados:

Tabla 13. Barreras

Barreras	<ul style="list-style-type: none"> • LOS FARMACEUTICOS QUE TRABAJAN EN OFICINA DE FARMACIA CONSIDERAN QUE DEBE HABER UNA MAYOR FORMACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN LA DISLIPEMIA TANTO EN GRADO COMO EN POSTGRADO. • LOS FARMACEUTICOS QUE TRABAJAN EN OFICINA DE FARMACIA ARGUMENTAN QUE NO EXISTE TRABAJO EN EQUIPO Y HAY PROBLEMAS DE COMUNICACION CON EL RESTO DEL PERSONAL SANITARIO. • LOS FARMACEUTICOS QUE TRABAJAN EN OFICINA DE FARMACIA SE TIENEN QUE IMPLICAR MAS Y AYUDAR EN LA MEJORA DEL CUMPLIMINETO DEL PACIENTE DISLIPEMICO. • LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E HIGIENICO-DIETETICO EMPEORA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES DISLIPEMICOS. • EN LAS OFICINAS DE FARMACIA SE DEBE INVESTIGAR MAS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES DISLIPEMICOS. • EL OLVIDO ES LA PRINCIPAL CAUSA DE INCUMPLIMIENTO EN LOS PACIENTES DISLIPEMICOS. • PARA EL PACIENTE ES MAS SENCILLO CUMPLIR CON LA MEDICACION QUE REALIZAR MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS
----------	--

5.4. Comparativa farmacéuticos comunitarios /farmacéuticos hospitalarios.

Tabla 14. Índice kappa

Farmacéuticos comunitarios/ Farmacéuticos hospitalarios	Acuerdo	Desacuerdo
Acuerdo	12	1
Desacuerdo	1	10

En la tabla número x se contempla el cálculo del índice kappa a través de una tabla 2x2 en el que se comparan las concordancias y discrepancias en los acuerdos y desacuerdos entre los farmacéuticos comunitarios y los farmacéuticos que trabajan en el servicio de atención primaria y que están ubicados en los hospitales de referencia.

El índice kappa me indica el grado de concordancia observada entre los farmacéuticos de hospital y los de oficina de farmacia una vez eliminado el papel del azar. Tras los cálculos en la tabla 2x2 el índice kappa obtenido con su límite de confianza al 95% fue de:

$$KAPPA= 0,83(-0,61 - 1,1) ;$$

Esta Interpretación del Kappa se considera muy buena y la prueba estadística para valorar las discrepancias fue de un McNemar que obtuvo una $p = 0,48$. Este valor se considera no significativo desde un punto de vista estadístico.

5.5 Discrepancias entre los dos grupos.

Tabla 15. Discrepancias.

OF		FH
Si	→ 10 En la mejora del cumplimiento del tratamiento farmacológico existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios.	No
No	→ 24 Los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos en las oficinas de farmacia.	Si

En la tabla número 15 se valoran las discrepancias obtenidas entre los farmacéuticos que trabajan en las oficinas de farmacia y aquellos que trabajan en el hospital.

- ❖ Los farmacéuticos hospitalarios piensan que no existen problemas de comunicación entre los farmacéuticos comunitarios y ellos frente al cumplimiento de los pacientes tratados con hipolipemiantes y los farmacéuticos comunitarios indican que si existen dichos problemas.
- ❖ Los farmacéuticos hospitalarios creen que los equipos de atención primaria estarían encantados de que los farmacéuticos identificasen el incumplimiento de los pacientes dislipemicos en las oficinas de farmacia y los farmacéuticos comunitarios opinan que no.

6.DISCUSION

6.1. Interpretación de nuestros resultados.

Los resultados obtenidos nos indican como ya nos temíamos 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 dislipemicos.

Llama la atención que los panelistas son conscientes del problema existente y por ello vemos que reclaman más formación tanto en el grado como en el posgrado.

En nuestra universidad hemos sido formados mediante la asignatura de Patología Clínica I y II impartida en 2º curso de Grado de Farmacia. A través de esta asignatura los alumnos aprendimos todo el proceso que se tiene que hacer en las oficinas de farmacia para vencer el incumplimiento terapéutico. Así, tal como se ha indicado en la introducción, ante la más mínima sospecha de falta de control en el paciente dislipemico hay que medir si el paciente cumple o no, y si el paciente se identifica como incumplidor hay que preguntar por las causas y factores que lo predicen y establecer una estrategia mixta, permanente e individualizada que modifiquen estos factores y estas causas y,

por tanto, consigamos que el paciente cumpla regularmente con su tratamiento farmacológico y con sus medidas higiénico-dietéticas.

Cabe destacar la afirmación unánime que ha habido a la hora de indicar que no existe un trabajo en equipo entre las oficinas de farmacia y los profesionales sanitarios del centro de salud para mejora el cumplimiento terapéutico higiénico-dietético y farmacológico. Estas afirmaciones son de vital importancia y corroboran las conclusiones de la revisión Cochrane³⁸³⁹⁴⁰⁴¹ en el que se indican que para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular y 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 a esta y dicha implicación lleva consigo un trabajo en equipo con el resto de los profesionales sanitarios

Desde mi punto de vista, y siendo consciente también de mi falta de formación a día de hoy, opino junto a mi tutor que una asignatura tan importante y dedicada en varios aspectos a la práctica clínica debería ser impartida en cursos más avanzados ya que si no hubiese realizado este trabajo ni yo misma me acordaría.

Por otro lado, antes de realizar este estudio, opinaba tal cual se han demostrado, que no existe una colaboración entre los farmacéuticos de farmacia comunitaria y el resto de profesionales sanitarios (en la mayoría de los casos, siempre existen excepciones). Considero que esta falta de trabajo en equipo entre los farmacéuticos de las oficinas de farmacia y el resto de profesionales de los servicios sanitarios se debe a un mero hecho de comodidad y falta de implicación. Obviamente resulta más cómodo limitarse a

³⁸ Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2).

³⁹ 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).

⁴⁰ 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.

⁴¹ 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; 11

una práctica asistencial arraigada en la propia oficina de farmacia donde el farmacéutico es “dueño y señor” de sus opiniones, recomendaciones, análisis y consejos. Y resulta mucho más complicado implicarse en una atención global, donde ha de darse una colaboración estrecha con otros profesionales sanitarios, que igual que criticábamos en el caso del farmacéutico, pueden no mostrar la implicación suficiente para participar en este proyecto.

A pesar de tener la misma meta: Obtener el mayor beneficio posible para el paciente, y que este sea el objetivo común de todo el colectivo sanitario, no estamos poniendo las herramientas necesarias para lograr este fin, y las barreras resultan más grandes que los lazos y objetivos que nos unen.

Es en este momento cuando he sido consciente de la importancia que tenían las enseñanzas de cumplimiento terapéutico en Patología Clínica. Por ello, nuestra meta, como nueva generación farmacéutica y, gracias a la formación recibida, es llevar a cabo una actuación más proactiva en este aspecto, y poner en práctica los conocimientos adquiridos, para lograr la solución a este problema.

Era esperado que los panelistas indicaran que en su práctica habitual no preguntan a los dislipémicos si cumplen con el tratamiento higiénico-dietético, si dan consejos, o si buscan las causas por las cuales incumplen el tratamiento higiénico-dietético y farmacológico. Sin embargo, no se han puesto ni acuerdo ni desacuerdo en la pregunta de si miden el cumplimiento farmacológico en su práctica habitual cuando según mi opinión es que no lo miden, esta opinión esta contrastada por los farmacéuticos hospitalarios los cuales indican también que no miden el cumplimiento terapéutico. Mis resultados son muy parecidos a los obtenidos en diabetes, pero muy diferentes a los obtenidos en hipertensión.

Posiblemente, la SEFAC debería de iniciar campañas de divulgación y sensibilización dirigidas a las oficinas de farmacia para que las personas que trabajan en ellas se implicaran más a la hora de valorar si sus pacientes dislipémicos que acuden a nuestras farmacias realizan bien el cumplimiento y abordar tanto sus causas como dar consejos para vencer dicho incumplimiento.

Posiblemente la introducción en oficina de farmacia de determinaciones de colesterol total y triglicéridos mediante el sistema reflotón tenga a la larga el mismo efecto beneficioso que ha provocado las mediciones semiautomáticas de tensión arterial en oficinas de farmacia.

Estoy totalmente de acuerdo con los farmacéuticos los cuales indican que tienen que mejorar en la mejora del cumplimiento y que existen problemas de comunicación entre las oficinas de farmacia y el resto de servicios sanitarios. Como estamos comprobando desde hace un tiempo el modelo sanitario español está cambiando de un predominio de pacientes agudos a un aumento de pacientes crónicos. Donde el paciente y la familia es experta en autocuidados y activos en temas relacionados con su medicación. Por lo que en este modelo es fundamental la buena comunicación entre todos los integrantes del modelo sanitario. 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 dislipémicos.

Como en otros estudios, los cuales utilizan la metodología cuantitativa, la simplificación tanto del régimen higienico-dietético como del tratamiento farmacológico mejora el cumplimiento terapéutico en los pacientes dislipémicos.⁴²⁴³⁴⁴⁴⁵

Un resultado esperado es el acuerdo que hay tanto en los pacientes dislipémicos como los hipertensos a los cuales les es más sencillo cumplir con el tratamiento farmacológico que realizar las medidas higiénico-dietéticas

⁴² Perseguer-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.

⁴³ Márquez-Contreras E, Gil-Guillen VF, De La Figuera-Von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Martell-Claros 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.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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? Cuple-MEMS Study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jun; 65(6): 544-50.

En todos los estudios consultado el incumplimiento de las medidas higienico-dietéticas oscila entre un 90-95% y a al farmacológico todos están de acuerdo en que su porcentaje oscila al 50%.

Estamos totalmente de acuerdo en que falta investigación en oficina de farmacia sobre incumplimiento y por ello se justifica este primer estudio.

6.2. Interpretación de nuestros resultados.

Dos son los estudios que hemos encontrado y que pertenecen al departamento de medicina clínica realizados con metodología cualitativa, 1 en la diabetes y otro en la dislipemia.³⁷⁻³⁸

En ellos los panelistas son médicos de atención primaria y enfermeros.

Ambos estudios concluyen que se debe de abordar las causas por la cual incumplen los pacientes para conseguir un mejor control de sus patologías.

También indican que sería importante conocer la opinión de los farmacéuticos con respecto a las barreras que a su juicio están sucediendo para que estos pacientes con factor de riesgo cardiovascular no consigan los buenos controles esperados.

En hipertensión arterial en nuestro país se ha hecho el *estudio simplitens*⁴⁶ con metodología cualitativa pero no han valorado el cumplimiento si no describir la situación del tratamiento antihipertensivo en atención primaria en España y concluyen que parece aconsejable diseñar acciones formativas sobre dicho tratamiento para los médicos de atención primaria

6.3. Fortalezas y debilidades de nuestro estudio.

La principal fortaleza de nuestro estudio es la idea clínica que se ha investigado. De hecho faltan estudios que aborden este problema y las últimas revisiones de la Cochrane indican que en la cadena para vencer el incumplimiento se deben implicar los farmacéuticos en la toma de decisiones.

⁴⁶ Martell-Claros N, Morales-Olivas FJ, De La Figuera M. Explorando el contexto del tratamiento antihipertensivo en Atención Primaria. Estudio SIMPLITENS. Hipertens Riesgo Vasc. 2015; 32(Supl 1):3-11.

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. De los temas tratados se recoge que falta formación, falta protocolización para abordar este problema en la práctica clínica, falta trabajo en equipo y existen problemas de comunicación.

Y además los farmacéuticos son conscientes de que se tienen que mejorar estos aspectos y deben de ayudar para mejorar el control de sus pacientes dislipémicos.

La fortaleza de la metodología cualitativa se basa fundamentalmente en buscar expertos que aúnan sus opiniones sobre problemas importantes y también en la retroalimentación y difusión de esta información con sociedades científicas y colegio de farmacéuticos, que nos faciliten estrategias de intervención sobre todo en aquellas afirmaciones en las que encontramos mucha controversia.

Otras fortalezas de la metodología cualitativa es que no es necesaria una muestra aleatoria de individuos ni se busca una representatividad estadística de los panelistas ya que lo que se pretende es buscar 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 por un lado muchos autores piensan que si las afirmaciones se responden cara a cara entre panelista y el investigador ello puede influir en sus respuestas⁴⁷ y hace que el investigador no influya en las opiniones posteriores, minimizando el sesgo de medición.

En cuanto a las debilidades la principal es que se trata de un estudio piloto con solo 12 panelistas de oficina de farmacia y 5 de farmacia hospitalaria y que posiblemente, debido a que los números ideales de panelistas oscilan entre 30 y 40, algunas afirmaciones pueden cambiar el acuerdo o el desacuerdo.

⁴⁷ Sackman H. Delphi-critique: expert opinion, forecasting and group process. Massachusetts: Lexington Books; 1975.

Otra debilidad es que al respetar el anonimato de los farmacéuticos algunos autores señalan que puede suponer una desventaja en la metodología Delphi⁴⁷, al librar así a los panelistas de responsabilidades con respecto a sus opiniones.

Uno de los problemas que puede implicar cierto sesgo es que no existen criterios a la hora de determinar de una manera sistemática la elección de panelistas y quien es el apropiado o no para formar dicho grupo. 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 farmacéutico con respecto a su grado de motivación en temas de cumplimiento terapéutico el cual aborda en su práctica clínica día a día y lo intenta vencer.

Otro punto de conflicto 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 para evaluar la validez de estos. La mejor forma de minimizar este problema es siendo exigente y poner el % de acuerdo a partir del 80%.

. Por último, hay que tener siempre presente que la metodología cualitativa no se basa en ningún tipo de evidencia experimental, si no que derivan de las percepciones y opiniones de los expertos que ocuparían la posición más baja en la jerarquía de la evidencia.^{48,49} Por tanto, y sea cual sea la composición del panel de expertos, los resultados de un estudio Delphi deben considerarse meramente orientativos y cualitativamente inferiores a cualquier información que tenga una base empírica o experimental.

Aunque la única forma de responder a las preguntas planteadas en nuestro estudio es a través de esta metodología.⁴²⁻⁴

⁴⁸Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50, A guideline developer's handbook, Updated October 2014. Disponible en:<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf> (consultado: 5 de noviembre de 2014).

⁴⁹ Oxford Centre for Evidences. Levels of Evidence (March 2009). Disponible en:<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> (consultado: 5 de noviembre de 2014).

7. CONCLUSIONES

- ❖ En las oficinas de farmacia para vencer el incumplimiento terapéutico de los pacientes dislipémicos en la práctica clínica son necesarias una serie de medidas que deberían integrarse de forma sistemática como trabajo en equipo con el resto de profesionales sanitarios, mejora de la comunicación, simplificación del régimen terapéutico-farmacológico. La mejor opción para vencer el incumplimiento en la práctica clínica sería establecer un protocolo de actuación común y consensuado entre profesionales sanitarios que trabajan en atención primaria/hospital y farmacéuticos.
- ❖ Es necesaria consensuado por todos una mejor formación tanto en el grado como en el posgrado, participando de forma activa en una formación continua.
- ❖ Existe una buena concordancia entre los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia y los farmacéuticos hospitalarios con pocas discrepancias que deben ser abordadas en estudios conjuntos invitando a panelistas que representen a todos los profesionales sanitarios y a sociedades científicas.
- ❖ Es necesaria profundizar y ampliar la investigación sobre la adherencia y cumplimiento de los pacientes dislipémicos en oficina de farmacia