

RIFAC



Red de Investigación en
Farmacia Comunitaria

Estudio sobre la adherencia y conocimiento del tratamiento con IBP

Informe de resultados

Con la colaboración de:



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS

Índice

1. DATOS DEL ESTUDIO	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	7
3. METODOLOGÍA	9
3.1.-POBLACIÓN	
3.2.-METODOLOGÍA	
3.3.-ANÁLISIS DE DATOS	
4. RESULTADOS	13
4.1.-INVESTIGADORES	
4.2.-MUESTRA	
4.3.-CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES	
4.4.-CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON IBP	
4.5.-CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	
4.6.-CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	
4.7.-CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	
4.8 OTROS PRM Y RNM	
5. CONCLUSIONES	25
6. BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXO 1. OTROS PRM y RNM DETECTADOS DURANTE EL ESTUDIO	29
ANEXO 2. CUESTIONARIOS UTILIZADOS	31
LISTA DE PARTICIPANTES	35

1. Datos del estudio

- **Título:** estudio sobre la adherencia y conocimiento del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP).
- **Código del estudio:** 2013-ADH/CO-IBP.
- **Promotor:** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).
- **Financiación:** este estudio se ha realizado con el apoyo de Laboratorios CINFA.

2. Justificación del estudio

La prevalencia de los trastornos gastrointestinales, como la dispepsia o la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), es muy elevada, aunque los datos disponibles son, en general, muy variables debido a las distintas definiciones empleadas en los diferentes estudios epidemiológicos realizados. En general, se estima una prevalencia en población adulta del 7-34% si se refiere a dolor en el abdomen superior, llegando al 23-45% si se utiliza una definición más amplia que incluya síntomas gastrointestinales en el abdomen superior, con una incidencia del 1-9%, lo que conlleva un notable impacto económico y sanitario. En España, se estima que el 24% de las personas han presentado síntomas considerados como dispepsia funcional en los últimos 6 meses. Además, la dispepsia es un frecuente motivo de consulta tanto en Atención Primaria (AP) como en especializada y supone hasta el 26-70% del total de consultas ⁽¹⁾.

En el año 2012 se facturaron al Sistema Nacional de Salud (SNS) más de 70 millones de recetas de inhibidores de protones (IBP), lo que supuso un 7,72% del total de las prescripciones y casi 438 millones de euros.

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico, o incumplimiento terapéutico, es un problema prevalente

y relevante. En muchos casos, esta falta de cumplimiento se asocia a un desconocimiento del proceso de uso del medicamento. Existen estudios que han evaluado la adherencia al tratamiento en pacientes con IBP ⁽²⁻⁴⁾, aunque los niveles de adherencia varían, siendo esta más elevada en aquellos pacientes con una sintomatología grave. **La falta de adherencia es un factor determinante en el fallo de la terapia con IBP lo que se asocia con el abandono del tratamiento y con la reducción de la calidad de vida de los pacientes.** Por ello, es importante el estudio sobre el grado de adherencia y de conocimiento de la terapia por parte de los pacientes.

El Farmacéutico Comunitario, por conocimientos, habilidades, y el entorno en el que desarrolla su actividad profesional, **puede identificar aquellas situaciones de falta de adherencia y conocimiento del tratamiento con IBP** y, además, está en situación de detectar situaciones que afectan al resultado del tratamiento, es decir, puede identificar problemas relacionados con el proceso de uso de los medicamentos (PRM) para prevenir y/o resolver resultados negativos asociados a la medicación (RNM) a través de las correspondientes Intervenciones farmacéuticas.

3. Metodología

Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico, en el que se evaluó la adherencia de los pacientes en tratamiento con IBP, a través de la **valoración del grado de conocimiento y adherencia al tratamiento**. Al ser un estudio descriptivo no se realizó asignación de pacientes a distintos grupos de Intervención.

La inclusión de pacientes por parte de las Farmacias Comunitarias se realizó entre los meses de **abril a julio de 2013**, con un periodo de seguimiento establecido de 3 meses para cada paciente, con una visita intermedia.

En la **Tabla 1** se muestran los objetivos del estudio.

Tabla 1. Objetivos principales y secundarios del estudio.

Principales
<ul style="list-style-type: none">■ Determinar el grado de conocimiento y adherencia que tiene el paciente que acude a la Farmacia Comunitaria acerca de su tratamiento con IBP.■ Estudiar el impacto de la Intervención del farmacéutico comunitario sobre el grado de conocimiento y cumplimiento del paciente.
Secundarios
<ul style="list-style-type: none">■ Identificar posibles PRM y/o RNM relacionados con la adherencia y falta de conocimiento.■ Evaluar la posible asociación de factores, como la edad, nivel de estudios y polimedicación, en el grado de cumplimiento y conocimiento.■ Evaluar el impacto de la Intervención sobre la calidad de vida de los pacientes.

-9-

3.1 POBLACIÓN

En el estudio se incluyeron pacientes que acudieron a la Farmacia Comunitaria solicitando la dispensación de un IBP con prescripción médica, tan-

to como tratamiento de inicio como de continuación. Los participantes debían cumplir todos los criterios de inclusión/exclusión establecidos (**Tabla 2**).

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

Criterios de inclusión

- Hombres o mujeres con 18 años o más.
- Que firmen el correspondiente consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Hombres o mujeres menores de 18 años.
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Que no otorguen su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Aquellos pacientes que reciban el tratamiento con IBP para las siguientes indicaciones:
 - Terapia combinada para la erradicación de *H. pylori*.
 - Tratamiento con IBP asociado a un antiinflamatorio con una duración menor de 10 días.
- Síndrome de Zöllinger-Ellison.
- Aquellos pacientes en los que no sea posible realizar el servicio de dispensación de IBP (contraindicación, problemas administrativos...).

-10-

3.2 METODOLOGÍA

Cada paciente incluido en el estudio acudió a la Farmacia Comunitaria en tres ocasiones con visitas concertadas: una visita inicial, una segunda visita un mes y medio después (teniendo en cuenta que se estima que el tratamiento alcanza su primer nivel de efectividad en ese

periodo de tiempo), y una tercera visita final a los tres meses después de haber sido incluido en el estudio. En la **Figura 1**, se muestra el esquema de visitas y los datos a recoger en cada visita.

Figura 1. Esquema general de visitas y variables medidas.

1ª visita: visita inicial

- Consentimiento informado del paciente.
- Ficha farmacoterapéutica.
- Test de cumplimiento del tratamiento.
- Test de conocimiento del paciente sobre su medicamento.
- Test de calidad de vida.

2ª visita

- Test de conocimiento del paciente sobre su medicamento.
- Test de cumplimiento del tratamiento.



3ª visita: visita final

- Test de conocimiento del paciente sobre su medicamento.
- Test de calidad de vida.
- Test de cumplimiento del tratamiento.



A continuación, se describen brevemente los cuestionarios utilizados en el estudio:

- **Ficha farmacoterapéutica:** en la visita inicial se recogieron los datos básicos demográficos, como sexo, edad, nivel de estudios, si el paciente presenta o no pluripatología, si es o no polimedicado y el tratamiento con IBP. En las dos visitas de seguimiento se revisó la ficha farmacoterapéutica y se recogió cualquier cambio ocurrido.
- **Test de cumplimiento del tratamiento:** para determinar si el paciente cumple o no con el tratamiento se realizó una entrevista con el paciente durante la que se cumplimentó, de forma indirecta, el test de Morisky-Green (ver Anexo II) ⁽⁵⁾.
- **Test de conocimiento del tratamiento:** para determinar el conocimiento del paciente sobre su tratamiento se utilizó el cuestionario del conocimiento sobre sus medicamentos (Test CPM), desa-

rollado por Pilar García Delgado ⁽⁶⁾ (ver Anexo II).

- **Test de calidad de vida:** la evaluación de la calidad de vida se realizó mediante el test EuroQoL 5D 3P ⁽⁷⁾ (ver Anexo II).

3.3 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recogidos han sido verificados para comprobar su correcta entrada y descartar aquellos datos de pacientes que no cumplían los criterios de inclusión o presentaron algún criterio de exclusión (**Tabla 2**), los que no presentaron todas las visitas cumplimentadas y aquellos con datos que se consideraron erróneos o incoherentes. El análisis estadístico se ha realizado utilizando el programa PSPP en su versión 3.0.9. Para determinar las posibles diferencias significativas (establecida en $p < 0,05$) se han utilizado pruebas estadísticas según el tipo de variables y tamaño de muestra final.

4. Resultados

4.1 INVESTIGADORES

En este estudio han participado 143 Farmacias Comunitarias de todo el territorio nacional.

En la **Figura 2** se muestra la distribución de Farmacias participantes por provincias.

Figura 2. Mapa con la distribución de farmacias participantes en el estudio.

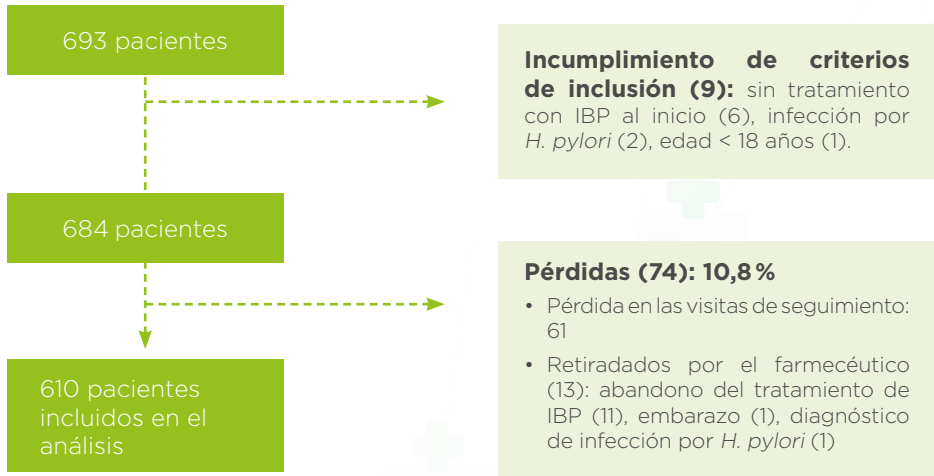


4.2 MUESTRA

Inicialmente se recibieron datos procedentes de 693 pacientes, de los cuales 9 (1,3 %) no cumplieron los criterios de inclusión/exclusión establecidos para este estudio (**Tabla 2**). De los 684 pacientes restantes, 74 (10,8 %) no completaron el estudio, siendo el principal motivo de aban-

donó la pérdida de seguimiento en alguna de las visitas concertadas de acuerdo con el estudio. La muestra final que se incluyó en el análisis fue de 610 pacientes. En la **Figura 3** se muestra la disposición de pacientes del estudio.

Figura 3. Disposición de pacientes en el estudio.



-14-

4.3 CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES

Las características basales de los pacientes se muestran en la **Tabla 3**. El porcentaje de mujeres fue superior al de varones (57,7% vs. 42,3%). La edad media de los pacientes del

estudio fue de 62,5 años (rango: 21-100 años), con un 49,8% de pacientes con edad \geq 65 años. La distribución por grupos de edad se muestra en la **Figura 4**.

Figura 4. Distribución por grupos de edad.

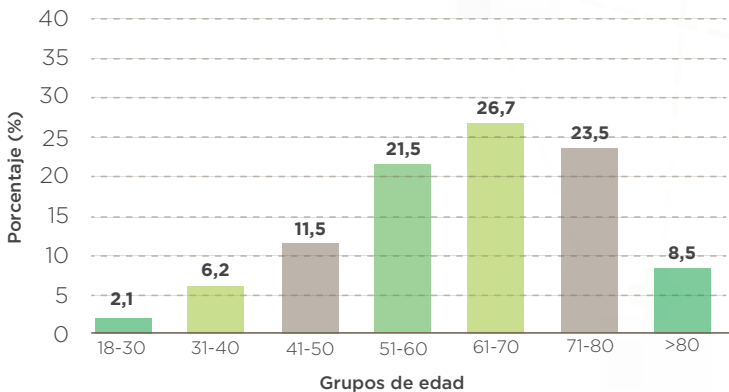










Tabla 3. Características basales de los pacientes.

Características (n = 610)	
	Hombre.
	Mujer.
Edad media (rango); años	
Pacientes \geq 65 años.	
Nivel de estudios	
	Sin estudios.
	Estudios primarios.
	Estudios secundarios.
	Estudios superiores no universitarios.
	Estudios universitarios medios.
	Estudios universitarios superiores.
Pluripatologías	
Pacientes con \geq 3 enfermedades.	
Polimedicación	
Pacientes con \geq 5 medicamentos.	

La mitad de los pacientes presentaban tres o más enfermedades. El porcentaje de pacientes polimedicados fue del 49,7%.

El 58,8% de los pacientes tenían un nivel de estudios primarios y secundarios, y el 20,6% tenían un nivel de estudios universitarios.

4.4 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON IBP

El IBP más utilizado, en el 56,8% de los pacientes, fue el omeprazol seguido con una gran diferencia por

pantoprazol (17,2% de los pacientes). En la **Tabla 4** se muestra la distribución de IBP utilizados en la muestra del estudio. La forma farmacéutica más utilizada fueron las cápsulas (63,0%).

Tabla 4. Distribución de IBP utilizados en el estudio.

IBP	
Omeprazol	56,8%
Pantoprazol	17,2%
Esomeprazol	10,8%
Lansoprazol	9,2%
Rabeprazol	6,0%

En el 87,2% de los casos se trataba de un Servicio de Dispensación de continuación (el paciente recibe tratamiento con el mismo IBP durante más de los 3 meses previstos). La recomendación del tratamiento fue realizada en el 93,7% de los casos por el médico.

4.5 CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

Test de conocimiento de la medicación (CPM)

En la **Tabla 5** se muestra la evolución de los porcentajes de pacientes en cada una de las categorías (conocimiento óptimo, conocimiento suficiente, conocimiento insuficiente y sin conocimiento), según la puntuación obtenida en el test CPM en la visita inicial, segunda visita y visita final.

Al inicio del estudio, el 17,0% de los pacientes tenían un conocimiento óptimo de la medicación según el test de CPM y el 27,7% tenían un

conocimiento suficiente. Esto supone que se consideró que un 44,7 % de los pacientes tenían un adecuado conocimiento de la medicación. El 48,6 % de los pacientes tenían un conocimiento insuficiente y el 6,7 % no conocía la medicación. En la segunda visita se observó un aumento significativo, hasta el 64,4 %, en el porcentaje de pacientes con conocimiento óptimo o suficiente según el test CPM respecto al porcentaje en la visita ini-

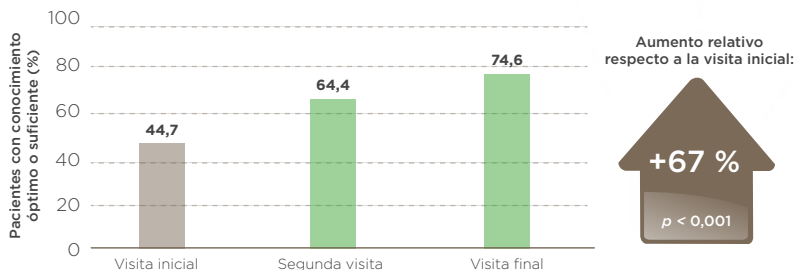
cial ($p < 0,001$ respecto a visita inicial; test de Fisher). En la visita final del estudio, el porcentaje de pacientes con conocimiento óptimo o suficiente alcanzó el 74,6 % ($p < 0,001$ respecto a visita inicial; test de Fisher). Estos resultados muestran que **la Intervención del farmacéutico produjo un aumento relativo del 67 % en el porcentaje de pacientes con un conocimiento óptimo o suficiente** respecto al inicio del estudio (Figura 5).

Tabla 5. Conocimiento de la medicación por parte del paciente según el test CPM.

Categoría según puntuación del test CPM	Visita inicial	Segunda visita	Visita final	Diferencia absoluta visita inicial vs. final	Valor de p^*
Sin conocimiento	6,7 %	2,5 %	1,1 %	-5,6 %	<0,001
Conocimiento insuficiente	48,6 %	33,1 %	24,3 %	-24,3 %	<0,001
Conocimiento suficiente	27,7 %	37,4 %	28,0 %	+0,3 %	0,941
Conocimiento óptimo	17,0 %	27,0 %	46,6 %	+29,6 %	<0,001

* Test de Fisher.

Figura 5. Porcentaje de pacientes con conocimiento óptimo/suficiente según el test CPM en las tres visitas del estudio.



PRM relacionados con la falta de conocimiento del IBP

En la visita inicial, un 30,3% de los pacientes presentaban al menos un PRM relacionado con la falta de conocimiento del tratamiento con IBP. Esta cifra disminuyó significativamente en la segunda visita hasta el 8,2%, y hasta el 3,8% en la visita final ($p < 0,001$; test de Fisher, en ambos casos respecto a la visita inicial) (Figura 6). Esto supone una reducción relativa en el porcentaje de pacientes

en los que se había identificado PRM relacionados con la falta de conocimiento de algún aspecto del correcto proceso de uso del IBP, del 87,4% entre la visita inicial y la visita final. En la **Tabla 6** se muestran los datos sobre cada uno de los tres PRM relacionados con el conocimiento de la medicación, detectados por el farmacéutico durante el estudio.

Figura 6. Porcentaje de pacientes con al menos un PRM relacionado con la falta de conocimiento en las tres visitas del estudio.

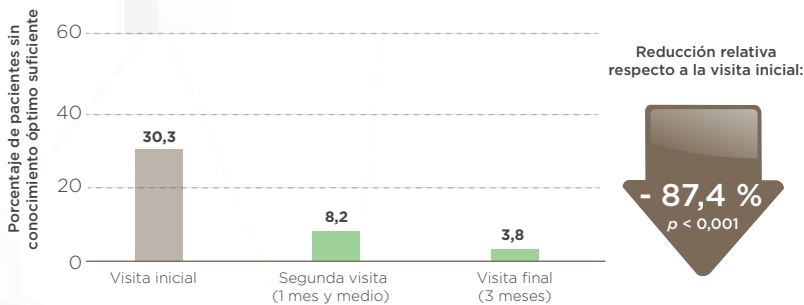


Tabla 6. PRM relacionados con el conocimiento de la medicación en el estudio.

	Visita inicial	Segunda visita	Visita final
Administración errónea del medicamento	106	22	4
Conservación inadecuada	23	14	2
Dosis/pauta y/o duración no adecuada	89	62	13
Total	218	98	19

Se ha realizado un **análisis del impacto de las características basales de los pacientes y la identificación de PRM relacionados con la falta de conocimiento del IBP en la visita inicial**. Se evaluaron las siguientes variables de los pacientes: edad, sexo, tratamiento de inicio, nivel de estudios,

pluripatologías y polimedicación. Las dos características que mostraron diferencias significativas fueron **ser un tratamiento de inicio y un nivel de estudios bajo** (Tabla 7). El resto de las variables no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 7. Análisis de las características basales de los pacientes y de la presencia/ausencia de PRM relacionados con la falta de conocimiento.

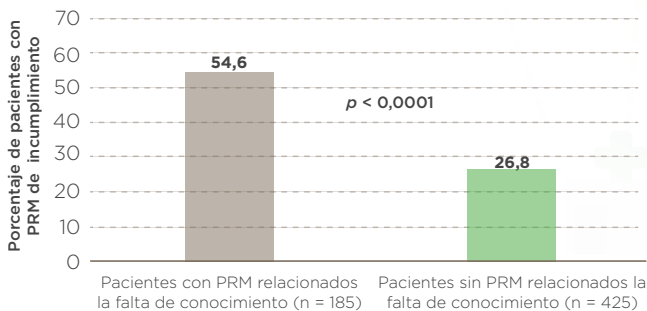
Características del paciente	Con PRM relacionados con la falta de conocimiento del IBP (n = 185)	Sin PRM relacionados con la falta de conocimiento del IBP (n = 425)	Diferencia entre grupos	Valor de p*
Edad media: años (DE)	60,9 (14,8)	63,1 (13,9)	-2,2 (0,11-5,97)	0,0418
Sexo (mujer)	57,8 %	57,6 %	+0,2 %	ns
Tratamiento de inicio	20,0 %	9,6 %	+10,4 %	<0,001
Estudios primarios/sin estudios	64,3 %	54,8 %	+9,5 %	0,026
Pluripatología	47,6 %	49,6 %	+2,1 %	ns
Polimedicación	45,4 %	51,5 %	+6,1 %	ns

* Test de Fisher.
ns: no significativa.

Además se ha analizado **la relación entre PRM relacionados con la falta de conocimiento y el PRM de incumplimiento**. Los pacientes que desconocían algún aspecto del pro-

ceso de uso de los IBP muestran una tasa significativamente superior de PRM de incumplimiento de aquellos que decían conocer el medicamento (**Figura 7**).

Figura 7. Relación entre pacientes incumplidores que presentaban o no PRM relacionados con la falta de conocimiento del IBP.



Intervención del farmacéutico

Las principales Intervenciones realizadas por el farmacéutico fueron facilitar información personalizada del medicamento (IPM) y ofrecer Educación Sanitaria (Tabla 8). El número total de Intervenciones realizadas fueron menores en la segunda visita

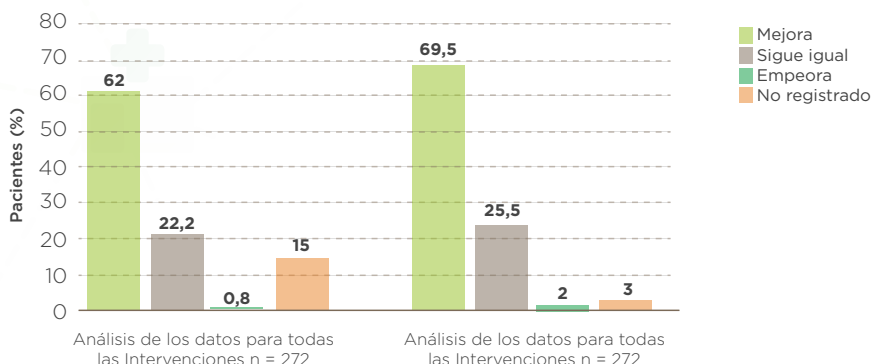
(59) y en la visita final (37) que en la visita inicial (272), según se redujo el porcentaje de pacientes con falta de conocimiento del proceso de uso del IBP. Los resultados de la Intervención del farmacéutico registrados se muestran en la Figura 8.

Tabla 8. Intervenciones realizadas por el farmacéutico para mejorar el conocimiento del IBP.

Intervención*	Visita inicial	Segunda visita	Visita final
Facilitar información (IPM)	155	35	22
Ofrecer Educación Sanitaria	99	19	13
Derivar al Servicio de SFT	8	2	2
Derivar al médico con comunicación de PRM/RNM	6	1	-
Derivar al médico proponiendo cambios de tratamiento	4	2	-
Total	272	59	37

* Se podría realizar más de una Intervención por paciente.
IPM: información personalizada del medicamento.
SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

Figura 8. Resultados de la Intervención del farmacéutico.



Los datos de las Intervenciones de la última visita no han sido registrados en el procedimiento del estudio, debido a su finalización, y por eso no se han podido valorar.

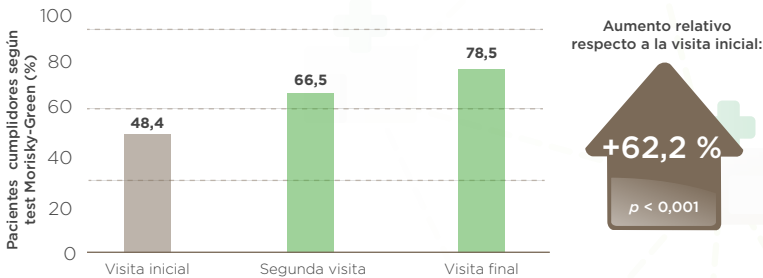
4.6 CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Grado de cumplimiento según el test de Morisky-Green

La tasa de cumplimiento según el test Morisky-Green en el inicio del estudio fue del 48,4% de los pacientes. En la segunda visita la tasa de cumplimiento aumentó hasta el 66,5%, con una diferencia relativa respecto a la visita inicial

de +37,4% ($p < 0,001$; test de Fisher). En la visita final (a los 3 meses), la tasa de cumplimiento alcanzó el 78,5% de los pacientes, con una diferencia relativa respecto a la visita inicial de +62,2% ($p < 0,001$; test de Fisher) (**Figura 9**).

Figura 9. Pacientes cumplidores según el test de Morisky-Green.

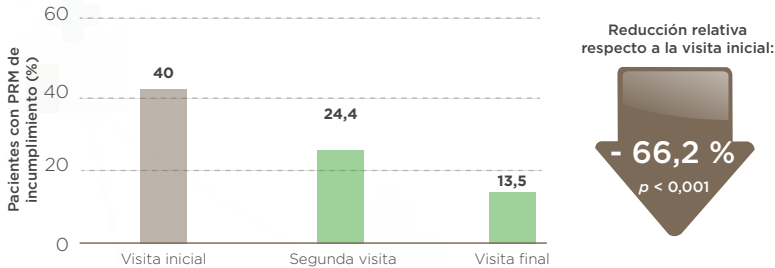


PRM de incumplimiento

En la visita inicial, el **40%** de los pacientes eran incumplidores según el fármaco investigador. En la segunda visita, se produjo ya una reducción significativa hasta el **24,4%**, siendo del **13,5%** en la visita final. Estos resultados muestran una reducción relativa estadísticamente significativa del -66,2% en el porcentaje de pacientes incumplidores (**Figura 10**).

Se ha realizado un **análisis de las características basales de los pacientes que se asocian con la presencia de PRM de incumplimiento** en la visita inicial. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, pluripatologías, polimedicación y presencia de algún PRM relacionado con la falta de conocimiento.

Figura 10. Pacientes con PRM de incumplimiento.



Los pacientes incumplidores presentaron una tasa de polimedición significativamente menor y una tendencia a menor edad (diferencia entre grupos: 3,5 años [IC 95%: 1,13-5,76]) que los cumplidores. El porcentaje de pacien-

tes con PRM relacionado con la falta de conocimiento fue significativamente superior en los pacientes con PRM de incumplimiento (**Tabla 9**). El resto de características no presentaron diferencias significativas.

Tabla 9. Análisis de las características basales entre pacientes con PRM de incumplimiento y pacientes sin PRM.

Características del paciente	Pacientes con PRM de incumplimiento (n = 238)	Pacientes cumplidores (n = 372)	Diferencia entre grupos	Valor de p^*
Edad media: años (DE)	60,3 (14,8)	63,8 (13,7)	-3,5 (0,13-5,76)	<0,05
Sexo (mujer)	60,1 %	58,2 %	-1,9 %	ns
Estudios primarios/sin estudios	57,1 %	58,1 %	1,0 %	ns
Pluripatología	47,1 %	50,3 %	+3,2 %	ns
Polimedición	44,5 %	53,0 %	+8,5 %	<0,05
PRM relacionados con la falta de conocimiento	48,8 %	18,5 %	30,3 %	<0,001

* Test de Fisher.
ns: no significativo.

Intervención del farmacéutico

Las principales Intervenciones realizadas por el farmacéutico frente al PRM de incumplimiento fueron facilitar información (IPM) y Educación Sanitaria.

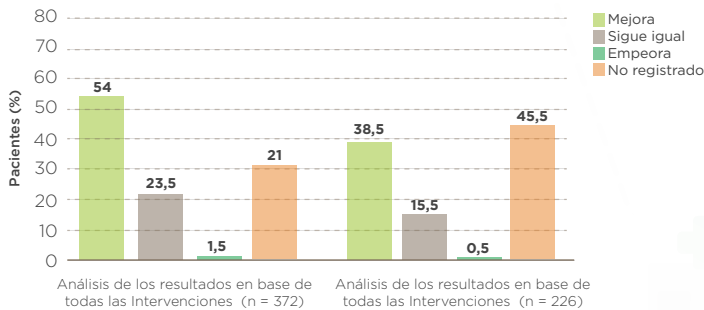
En la **Tabla 10** se reflejan las Intervenciones realizadas en cada visita. Los resultados de la Intervención del farmacéutico registrados se muestran en la **Figura 11**.

Tabla 10. Intervenciones realizadas por el farmacéutico frente al PRM de incumplimiento.

Intervención*	Visita inicial	Segunda visita	Visita final
Facilitar información (IPM)	190	115	51
Ofrecer Educación Sanitaria	141	84	35
Derivar al Servicio de SFT	22	21	9
Derivar al médico con comunicación de PRM/RNM	15	5	3
Derivar al médico proponiendo cambios de tratamiento	4	1	1
Total	372	226	99

* Se podría realizar más de una Intervención por paciente.
IPM: información personalizada del medicamento.
SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

Figura 11. Resultados de la Intervención del farmacéutico



Los datos de las Intervenciones de la última visita no han sido registrados en el procedimiento del estudio, debido a su finalización, y por eso no se han podido valorar.

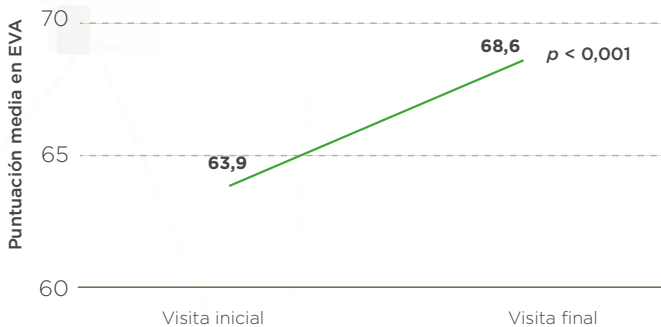
4.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Escala EVA - Estado de Salud

En el estudio **se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, en la visita inicial y en la visita final**, con la Escala Visual Analógica (EVA) del test EuroQoL 5D 3P, (siendo la puntuación de 0 a 100: 0 peor estado de salud y 100 mejor estado de salud).

Al inicio del estudio la puntuación media en la EVA fue de 63,9 (DE: 19,6). Tras los tres meses de estudio la puntuación media en la EVA fue de 68,6 (DE: 19,0), lo que supone un aumento respecto a la visita inicial de 4,7 puntos (IC 95%: 2,5-6,8; $p < 0,001$; **Figura 12**).

Figura 12. Calidad de vida relacionada con la salud. Puntuaciones medias en escala EVA del test EuroQoL 5D 3P.

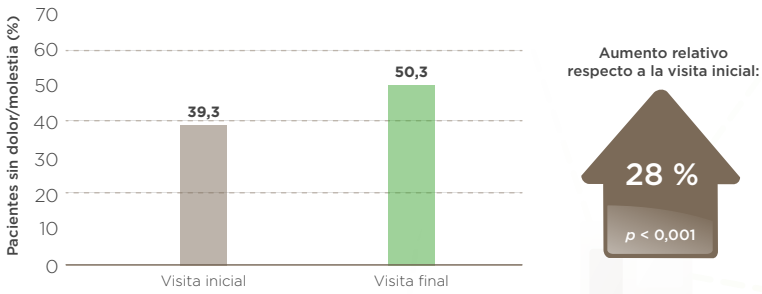


Dimensión dolor/malestar

En la dimensión de dolor/malestar se produjo una mejoría significativa entre la visita inicial y final. Un número significativamente superior de pacientes sin dolor/malestar al final del estudio según la dimensión dolor/malestar del test EuroQoL 5D 3P en comparación con la visita inicial,

con un aumento relativo del 28% (diferencia absoluta: 11,0%; $p < 0,001$, **Figura 13**). Esta dimensión es de especial importancia en estos pacientes en tratamiento con IBP, ya que es uno de los principales síntomas asociados a las patologías tratadas con estos medicamentos.

Figura 13. Pacientes (%) sin dolor/malestar segun el test EuroQoL 5D 3P.



En el resto de ítems del test EuroQoL 5D 3P no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones iniciales y finales.

-24-

4.8 OTROS PRM Y RNM

En el Anexo I se recogen los datos sobre otros PRM y RNM identificados y registrados por los farmacéuticos implicados en el estudio.

5. Conclusiones

En este estudio prospectivo realizado en 143 Farmacias Comunitarias, incluyendo a 610 pacientes en tratamiento con IBP, se demuestra que el Servicio de Dispensación realizado siguiendo el procedimiento consensuado por FORO AF⁽¹⁰⁾ aumenta significativamente el conocimiento de la medicación y la adherencia al tratamiento, lo que mejora los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

El conocimiento de la medicación se valoró según el test CPM. Al inicio del estudio un 44,7% de los pacientes tenía un conocimiento óptimo/suficiente. Al finalizar el estudio este porcentaje aumentó significativamente hasta el 74,6%.

La tasa de cumplimiento según el test Morisky-Green en el inicio del estudio fue de aproximadamente el 50 % de los pacientes. Esta tasa se encuentra en el rango observado en otros estudios en los que la tasa de cumplimiento del tratamiento con IBP fue de entre 50-80%, dependiendo de la patología tratada con los mismos ⁽⁸⁾. Tras las tres visitas de este estudio se ha observado un aumento significativo en el porcentaje de los pacientes que cumplen con el tratamiento con IBP, alcanzando una tasa de cumplimiento del 62,2%. El cumplimiento con los IBP en el tratamiento de la ERGE se ha relacionado con un menor número de días de ingreso hospitalario por año y una reducción de costes médicos globales ⁽⁹⁾. Por tanto, **el aumento significativo del correcto proceso de uso y de la adherencia al tratamiento gracias**

a la Intervención del Farmacéutico Comunitario a través del Servicio de Dispensación consensuado por FORO AF-FC ⁽¹¹⁾ contribuye a minimizar los problemas relacionados con los medicamentos, permitiendo la mejora del resultado del tratamiento y colaborando en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Respecto a la calidad de vida de los pacientes, también se observó una mejoría significativa en las puntuaciones medias en la escala EVA del cuestionario EuroQoL 5D 3P entre la visita inicial y la final. Un dato relevante es el aumento significativo de pacientes sin dolor/malestar en este cuestionario, ya que indica que la mejora del conocimiento y del cumplimiento por parte del paciente puede producir una mejora en los resultados del tratamiento con IBP.

Por último, durante el estudio se ha observado una reducción significativa de los PRM relacionados con la falta de conocimiento e incumplimiento de los IBP. **Aquellos pacientes con tratamiento de inicio y menor nivel de estudios presentaron una tasa significativamente superior de PRM relacionados con la falta de conocimiento de los IBP. También se ha observado una asociación entre los PRM relacionados con la falta de conocimiento y la falta de adherencia tratamiento. Estos datos muestran la importancia de identificar PRM, y sospecha de RNM, durante el procedimiento del Servicio de Dispensación.**

6. Bibliografía

1. Ferrándiz Santos JA. Dispepsia. AMF 2014;10(3):124-33.
2. Van Soest EM, *et al.* Persistence and adherence to proton pump inhibitors in daily clinical practice. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:377-85.
3. Hungin AP, *et al.* Systematic review: Patterns of proton pump inhibitor use and adherence in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(2):109-16.
4. Dal-Paz K, *et al.* Low levels of adherence with proton pump inhibitor therapy contribute to therapeutic failure in gastroesophageal reflux disease. *Dis Eso-phagus.* 2012;25(2):107-13.
5. Nogués Solán X y *cols.* Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna (Madrid).* 2007;24(3):138-41.
6. García Delgado P y *cols.* Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria.* 2009;41(12):661-9.
7. EuroQoL 5D 3P. Disponible en: <http://www.euroqol.org/eq-5d-products/eq-5d-3l.html>. Último acceso: abril de 2013.
8. Domingues G, Moraes-Filho JP. Noncompliance is an impact factor in the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2014 Apr 22.
9. Gosselin A, Luo R, Lohoues H, *et al.* The impact of proton pump inhibitor compliance on health-care resource utilization and costs in patients with gastroesophageal reflux disease. *Value Health.* 2009;12(1):34-9.
10. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso. *Panorama Actual Med* 2014; 38 (375):645-76.
11. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de expertos. *Guía práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria.* Mayo de 2010. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.

ANEXO I

OTROS PRM Y RIESGO DE RNM DETECTADOS DURANTE EL ESTUDIO

Tabla A1. Otros PRM detectados por el farmacéutico durante el estudio.

	Visita inicial	Segunda visita	Visita final
Características personales	30	21	9
Contraindicación	5	2	1
Duplicidad	3	4	1
Errores en la dispensación	2	1	1
Errores en la prescripción	5	4	0
Interacciones	27	13	9
Medicamento no necesario	18	14	10
Otros PS que afectan al tratamiento	11	10	9
Probabilidad de efectos adversos	37	19	14
PS insuficientemente tratado	3	17	7
Otros	0	3	2
Total	141	108	63

PS: problemas de salud.

Tabla A2. Riesgo de RNM detectados por el farmacéutico durante el estudio.

	Visita inicial	Segunda visita	Visita final
Una necesidad de medicamento (PS no tratado)	1	10	8
Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario)	5	7	8
Inefectividad no cuantitativa	3	10	4
Inefectividad cuantitativa	0	10	3
Inseguridad no cuantitativa	22	12	9
Inseguridad cuantitativa	3	9	3
Total	34	58	35

PS: problemas de salud.

ANEXO II

CUESTIONARIOS UTILIZADOS

Cuestionario de cumplimiento de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SÍ NO

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SÍ NO

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SÍ NO

4. Si alguna le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SÍ NO

Instrucciones: el paciente se considera cumplidor si responde: No/Sí/No/No.

Cuestionario de conocimiento de la medicación (CPM)

MEDICAMENTO	C.N.:	Principio activo:
	Forma farmacéutica:	
¿Cómo se llama este medicamento?	Conoce el nombre: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Desde cuándo lo toma? (marca con X): días <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> ns <input type="checkbox"/>		
¿Cuántos medicamentos está tomando además de este? n.º <input type="checkbox"/> ns <input type="checkbox"/>		
Leer textualmente cada pregunta y anotar literalmente lo que el paciente diga sin interrupciones ni juicios de valor		Puntuar cada respuesta: (-1): respuesta incorrecta (+1): respuesta insuficiente, incompleta (0): no sabe, no contesta (+2): respuesta completa y adecuada

Formular la pregunta con el verbo "tomar" para medicamentos orales, para otras administraciones "utilizar"

¿Para qué tiene que tomar/utilizar este medicamento?

Pts.

¿Qué cantidad debe tomar/utilizar de este medicamento?

Pts.

¿Cada cuánto tiene que tomar/utilizar este medicamento?

Pts.

¿Hasta cuándo debe tomar/utilizar este medicamento?

Pts.

¿Cómo debe tomar/utilizar este medicamento?

Pts.

¿Ha de tener alguna precaución cuando toma/utiliza este medicamento?

Pts.

¿Qué efectos adversos conoce usted de este medicamento?

Pts.

¿Ante qué problema de salud o situación no debe utilizar este medicamento?

Pts.

¿Cómo sabe si este medicamento le hace efecto?

Pts.

¿Qué medicamento o alimentos debe evitar mientras use este medicamento?

Pts.

¿Cómo debe conservar este medicamento?

Pts.

El problema de salud para el que toma este medicamento le preocupa _____

Bastante Regular Poco

¿Quién le dijo que tomara/utilizara este medicamento?

Médico Farmacéutico Otros: _____

Cuestionario de calidad de vida (EuroQoL 5D 3P)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar _____
- Tengo algunos problemas para caminar _____
- Tengo que estar en la cama _____

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal _____
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme _____
- Soy incapaz de lavarme o vestirme _____

Actividades cotidianas (p. ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas _____
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas _____
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas _____

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar _____
- Tengo moderado dolor o malestar _____
- Tengo mucho dolor o malestar _____

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido _____
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido _____
- Estoy muy ansioso o deprimido _____

Cuestionario de calidad de vida (EuroQoL 5D 3P)

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala, parecida a un termómetro, en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.



LISTA DE PARTICIPANTES

La Organización Farmacéutica Colegial agradece la activa participación de los siguientes farmacéuticos, que han colaborado como investigadores RIFAC en este proyecto.

Acosta Fernández, Benedicto
Agustín Álvarez, Eduardo
Almarza Camacho, Enrique
Almorín Andrés, María
Alonso Deive, Francisco
Alonso Núñez, M^a Luisa
Álvarez Castro, Beatriz
Álvarez Pedrero, José Ignacio
Araujo Rodríguez, Antonio
Aristi Alberdi, Ohiana
Ávila Torvisco, Raquel
Barco Martín, Inés
Barreiro Vidal, M^a Carmen
Barrosa Vázquez, Manuela
Beltrán Ramírez, Constanza
Boullosa Curra, Dolores
Brita Casillas, Dara
Cáceres Ferrer, Juan Pedro
Calatayud Gómez, Eva
Cardero Blanco, M^a Cruz
Carretero González, M^a África
Castillo Fernández, Ana Reyes
Castro Ávila, Rita
Cerdeiras Uría, M^a José
Cobo García, Marina
Codorniu Martínez, Rosa
Collado Díaz, Carmen Patricia
Coronilla Pérez, Ruth
Cortes Selva, Josefa
De Mingo García, Eva M^a
De Pedro Blázquez, Susana
De Pedro Pordomingo, Emilio
Del Cañizo Tejerizo, Sonsoles
Díaz Redondo, Javier Pedro
Diéguez Marín, Marina
Díez Martín, Jesús
Doncel Santamaría, M^a Luisa
Escartín Gil, Cristina
Esplugues Canto, Susana
Esteban López, Ana
Feijoo Covelo, Melca
Fernández Alonso, M^a Dolores
Fernández Artigas, Leandro
Fernández García, Aquilino
Fernández Martínez, Rafael
Ferrón Gómez, Marta
Figueroa Hermo, Lucía
Forcadell Berenguer, Yolanda
Fuentes de Frutos, José Enrique
Fuentes Marchal, Antonio Jesús
Galiana de la Villa, Eva Marta
García Carrillo, Julia
García García, M^a Carmen
García Moratalla, Ana M^a
García Ruiz, Eva M^a
García Vázquez, Victoria
Gil Guerrero, María
González Álvarez, Janet
González Aparisi, Carmen
González García, Celia M^a
González Martínez, M^a Magdalena
González Pérez, M^a Pilar
Grimeldos Ruiz, M^a Dolores
Guerrero Luque, Encarnación
Guirao Sánchez, Eva
Hernández Hernández, M^a Luisa

Huarte, Joaquina
Iglesias Maceiras, Almudena
Iruetia Oricain, Teresa
Jara Roura, Pilar
Lázaro Navarro, Marta
López Liebanas, Raquel
López Manzanedo, Lourdes Lucía
Lorenzo Sánchez, Gemma
Luque del Moral, Raúl
Maestre González-Nicolás, Cecilia
Marijuan Masa, Rosario
Martin Cancho, M^a Fernanda
Martínez Fernández, Fátima
Martínez Muñoz, Aurora
Martínez Pérez, Mariana Dolores
Mayela Hervas Hernando, Laura
Mena Escobar, Rosario
Mera Gallego, Rocío
Monente, Ana
Monllau Mayor, Lina
Monsonis Peirats, Reyes
Montalbán Soler, Luis
Montijano Cabrera, Natalia
Morillo Lisa, Rosa M^a
Mutiozabal Pascual, Ignacio
Navarro Madrid, Miguel Ángel
Nogueras Mayoral, Joaquín
Olleros Sánchez Ruiz, Paloma
Ortega Muñoz, Fermina
Otero Suarez, Dolores
Oya Amate, M^a Jesús
Pascual Lavilla, Antonio Jesús

Peláez Alonso, M^a Teresa
Pérez Muñoz, José Andrés
Piñeiro Fuentes, Carlos M.
Plasencia Cano, Manuela
Porras González, Ana Virginia
Prieto Pacho, M^a Teresa
Pruja Mach, Dolors
Ramírez Rodríguez, Isabel
Raya Díaz, Trinidad M^a
Recuenco Morillas, M^a Victoria
Reyner Torres, Anna
Ribera Pérez, Encarnación
Risqueiz Madrudejos, Juan Pedro
Robina Hidalgo, Carmen
Rodrigo Rodríguez, Blanca M^a
Rodrigo Rodríguez, Pilar
Rodríguez León, M^a de la Cinta
Rodríguez Peláez Peña, Ana M^a
Rodríguez Santiago, Cristina
Román Tamayo, Luis Evelio
Rovaris Castellano, Javier
Rubio Horcajada, Esther
Saborit Sola, Albert
Sainz Fernández, M^a Jesús
Sal del Rio Arganza, Elvira
San Cecilio Pérez, Celia
Sánchez Arrobas, Julia
Sánchez Carrasco, Beatriz
Sánchez Fernández, Elena
Sánchez Flores, Eva Belén
Sánchez Losa, Emilio
Sánchez Riaño, Virginia

Sanchidrian Sánchez, Olga
Santamaría Pablos, Ana
Serrano Conejero, Antonio
Serrano Téllez, Paula
Sueiro Justel, Julia
Tejada Vicuña, Natalia
Tendero Baima, Marta
Torres Guerrero, Almoraima

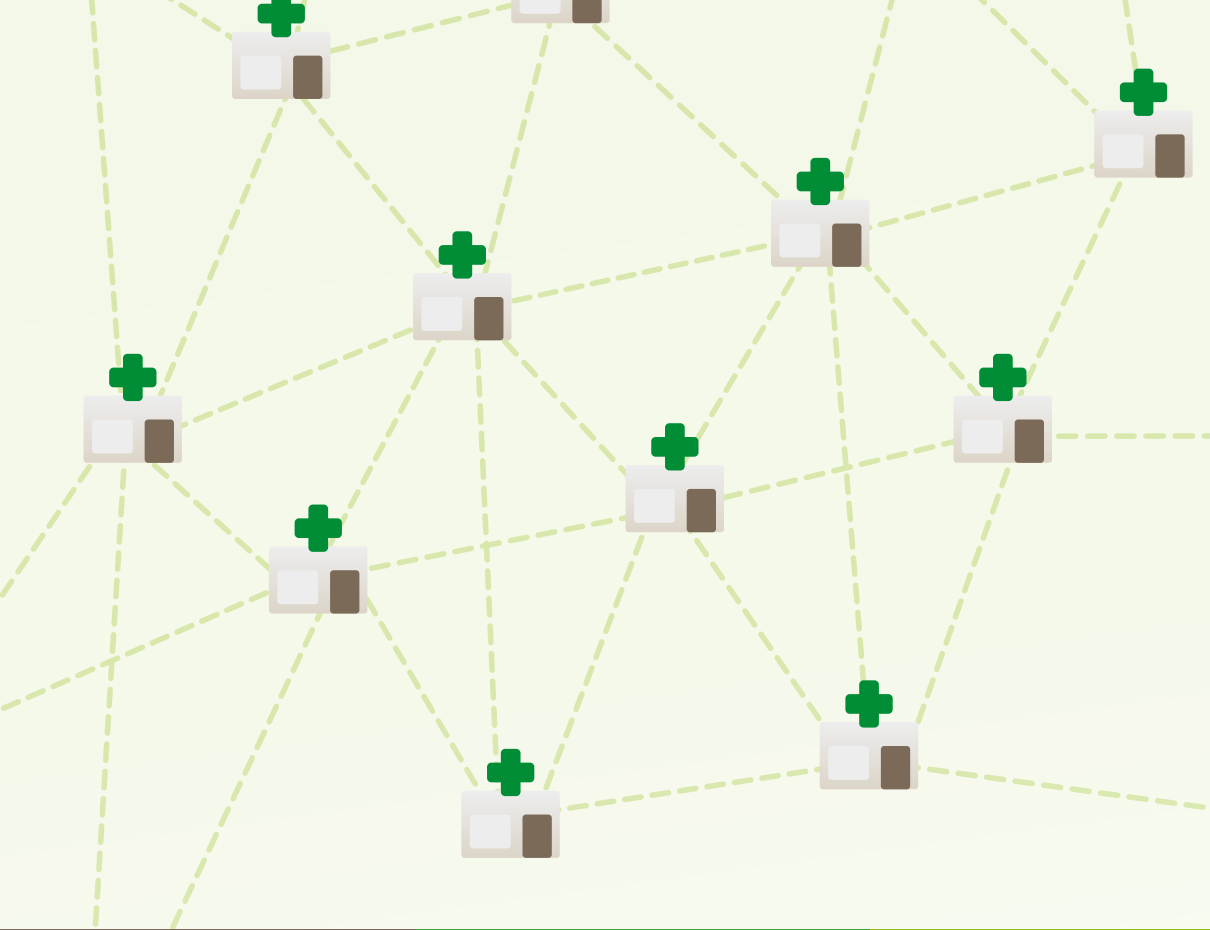
Varela Martínez, Carmen
Vicente Remón, Ana
Viedma Bernal, Cristina
Vieitez Martín, Beatriz
Villanueva Pla, Francisco
Villanueva Romero, Amelia Lucía
Villasan García, M^a Victoria
Zamarbide, Cristina

Así mismo, desde el Consejo General queremos agradecer la colaboración e implicación de los responsables colegiales

de todos los Colegios de Farmacéuticos implicados:

Colegio Provincial Alicante
Colegio Provincial Asturias
Colegio Provincial Ávila
Colegio Provincial Barcelona
Colegio Provincial Burgos
Colegio Provincial Cáceres
Colegio Provincial Cantabria
Colegio Provincial Ciudad Real
Colegio Provincial Cuenca
Colegio Provincial Gipuzkoa
Colegio Provincial Girona
Colegio Provincial Granada
Colegio Provincial Guadalajara
Colegio Provincial Huelva
Colegio Provincial Huesca

Colegio Provincial Jaén
Colegio Provincial Las Palmas
Colegio Provincial León
Colegio Provincial Madrid
Colegio Provincial Murcia
Colegio Provincial Ourense
Colegio Provincial Pontevedra
Colegio Provincial Salamanca
Colegio Provincial Soria
Colegio Provincial Teruel
Colegio Provincial Valencia
Colegio Provincial Valladolid
Colegio Provincial Zamora
Colegio Provincial Zaragoza



RIFAC



Red de Investigación en
Farmacia Comunitaria

Con la colaboración de:



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS