

6. Cid L, Novoa E, Padrón B. Necrólisis epidérmica tóxica (enfermedad de Lyell) secundaria a alopurinol. *Farm Hosp.* 2009;33:229-33.
7. Worwick S, Cotliar J, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of treatment options. *Dermatol Ther.* 2011. pp. 24-2.
8. Sáinz M, Salado I, Ferrándiz-Pulido C, Velasco V, Martín-Arias LH, et al. Reacciones dermatológicas graves producidas por fármacos. Serie de casos del Sistema Español de Farmacovigilancia. Libro resumen X Jornadas de Farmacovigilancia. 2010. p. 133.

Ana Gómez-Lobon<sup>1\*</sup>, Nuria Galán Ramos<sup>1</sup>  
y Rosa Gastaldo Simeón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Manacor.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagomezlobon@gmail.com (Ana Gómez-Lobon)

Recibido el 7 de octubre de 2012; aceptado el 14 de octubre de 2012.

DOI: 10.7399/FH.2013.37.1.143

## Comentario al artículo: «Programa de atención farmacéutica en pacientes con enfermedades crónicas»

### *Comment to the article: «Program of pharmacy care in patients with chronic diseases»*

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Gorgas-Torner MQ et al<sup>1</sup>, publicado recientemente por esta revista, en el que se lleva a cabo, con metodología de ensayo clínico, un programa de atención farmacéutica integrada en pacientes crónicos con el objetivo último de mejorar la evolución clínica y la calidad de vida de los pacientes y disminuir el consumo de recursos sanitarios.

Los pacientes crónicos constituyen actualmente el 60% de las muertes, el 80% de las consultas de Atención Primaria y conllevan hasta el 70% del gasto sanitario, siendo la asistencia a los mismos el principal reto que afrontan los sistemas sanitarios<sup>2</sup>. De ahí la importancia de publicaciones como ésta.

El diseño de ensayo clínico de este trabajo le da una gran robustez metodológica y le asemeja a artículos de referencia en este campo publicados anteriormente. Ejemplo de ello son los artículos de Murray MD et al 2007<sup>3</sup> y 2009<sup>4</sup>. En el primero de ellos se pone de manifiesto como una intervención farmacéutica disminuye el riesgo de eventos adversos así como de errores de medicación en pacientes con enfermedades cardiovasculares, y en el segundo se demuestra como una intervención farmacéutica mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Además, el trabajo de Gorgas-Torner y cols, tiene el valor añadido de implicar tanto a farmacéuticos de hospital, como a farmacéuticos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios. Este abordaje integral es el ideal para un colectivo de pacientes en el que el modelo de asistencia actual falla en distintos sentidos: en su orientación al tratamiento de procesos agudos y al tratamiento aislado de las enfermedades, en el conocimiento

limitado de la eficacia y seguridad de los tratamientos en estos pacientes, en la no orientación a la participación activa del paciente en su cuidado, pero sobre todo en la falta de integración y coordinación de los dispositivos asistenciales. Publicaciones anteriores ya incluyen a los farmacéuticos comunitarios en estas prácticas<sup>5</sup> tal como ocurre también en el modelo de integración asistencial existente en la región escocesa de Lothian que el grupo de Gorgas-Torner tan bien conoce.

Ahora bien, pese a la pertinencia del trabajo así como al diseño y metodología tan apropiados, el estudio presenta unos resultados inferiores a los publicados en la literatura<sup>6</sup>. Se detectaron 50 problemas relacionados con medicamentos en 37 pacientes, de un total de 238 pacientes. Se trata, por tanto, de un programa que detecta pocos problemas y por tanto, pocas oportunidades para la atención farmacéutica. Esto no invalida el trabajo en sí, sino que lo hace quizás más valioso para generar conocimiento sobre cómo abordar esta estratégica orientación para obtener mejores resultados de tan ingente esfuerzo de atención farmacéutica. Es de suma importancia que se publiquen todo tipo de resultados, no siendo ésta una práctica habitual en la literatura científica y presentando por ello el trabajo que se comenta un valor añadido.

Pensamos que estos escasos resultados se deben a dos circunstancias clave en el diseño del trabajo de Gorgas-Torner y cols. La primera de ellas es no haber dirigido la intervención a los pacientes más complejos, los que figuran en la cúspide de la pirámide del modelo de atención a crónicos<sup>7</sup> y que son los que más oportunidades presentan de intervención farmacéutica. La segunda de ellas es la no estandarización de las intervenciones realizadas (o al menos no descritas en el artículo), ya que la complejidad de los pacientes crónicos asociada a la posible subjetividad de las intervenciones restan validez externa a los resultados.

Respecto a la selección de pacientes, los autores justifican la elección de la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica como criterios de inclusión en base a su morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 65 años. Quizás habría sido más apropiado realizar una selección de los pacientes en base a su complejidad, tal y como recomiendan los modelos actuales<sup>6</sup>. En este caso, los pacientes pluripatólogicos hubieran constituido la diana, ya que son, dentro de los pacientes crónicos los que presentan una mayor

tendencia a la discapacidad y a la muerte, y consumen mayores recursos. Se caracterizan por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que duran un año o más y que precisan asistencia médica continuada y/o limitan las actividades diarias<sup>7</sup>.

En un trabajo realizado en España sobre pacientes pluripatológicos<sup>8</sup> se encontró que se podía detectar hasta un 26% de pacientes no adherentes completos con una simple pregunta directa. Este porcentaje sube hasta el 41% utilizando el test de Morinski (datos propios no publicados). Otro trabajo realizado sobre 286 pacientes también pluripatológicos detectó que el 96,5 de ellos presentaban una interacción medicamentosa, siendo esta relevante en el 62,5 de los pacientes<sup>9</sup>.

Respecto a la estandarización de herramientas, pensamos que es necesario disponer de herramientas validadas para este colectivo de pacientes. Esto permitiría estandarizar posibles intervenciones, diseñar una estrategia de intervención farmacéutica y su aplicación de una manera más sistemática. Nuestro grupo de investigación, con el objetivo de identificar y seleccionar las herramientas más adecuadas en pacientes pluripatológicos está llevando a cabo el programa ACAPP (Adecuación, Conciliación y Adherencia en el Paciente Pluripatológico)<sup>10</sup> que seleccionó inicialmente mediante metodología Delphi distintas herramientas disponibles para evaluar adecuación y adherencia de los tratamientos en estos pacientes y la mejor estrategia posible para realizar conciliación. La validación posterior y la aplicación de las herramientas a diversas cohortes de pacientes (aún en desarrollo), ha conducido a algunas conclusiones: la selección del cuestionario ARMS para evaluar la adherencia, el desarrollo de una estrategia específica en conciliación, y respecto a la detección y mejora de la adecuación, la definición de una estrategia múltiple que aúna el uso del cuestionario MAI modificado por nuestro grupo, los criterios STOPP/START, el ajuste por insuficiencia renal y las interacciones.

Quizás si los autores se hubieran dirigido a pacientes pluripatológicos y hubieran utilizado este tipo de herramientas, con el mismo esfuerzo, se habrían detectado un mayor número de inadecuaciones, que una vez corregidas, habrían conducido a una menor frecuentación.

## Bibliografía

1. Gorgas Torner MQ, Páez Vives F, Camós Ramió J, de Puig Cabrera E, Jolonch Santasusagna P, Homs Peipoch E, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 2012;36:229-39.
2. Ollero Baturone M, Sanz-Amores R, Padilla-Marin C, et al. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012/2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2012. (citado: 01/10/2012). Disponible en: [http://www.opimec.org/media/files/Plan\\_Andaluz\\_Enfermedades\\_Cronicas\\_2012-2016\\_V03.pdf](http://www.opimec.org/media/files/Plan_Andaluz_Enfermedades_Cronicas_2012-2016_V03.pdf)
3. Murray MD, Young J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2007;146:714-25.
4. Murray MD, Ritchey ME, Wu J, Tu W. Effect of a pharmacist on adverse drug events and medication errors in outpatients with cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2009;169:757-63.
5. NHS Lothian Pharmacy Strategy 2009 to 2012, Version 1.1, January 2010.
6. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *The Cochrane Collaboration.* 2012.
7. Santos Ramos B, Otero López MJ, Galván Banqueri M, Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Nieto Martín MD, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la Farmacia Hospitalaria. *Farm Hosp.* Aceptado, en prensa 2012.
8. Galindo-Ocaña J, Ortiz-Camúñez Mde L, Gil-Navarro MV, Porras EG, Bernabeu-Wittel M, Santos-Ramos B. Disability as a barrier to drug adherence in polypharmaceutical patients: role of main carer. *Rev Clin Esp.* 2010;210:221-6.
9. Galindo-Ocaña J, Gil-Navarro MV, García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Ortiz-Camúñez MA. Drug-drug interactions in multicentre polypharmaceutical polymedicated patients. *Rev Clin Esp.* 2010;210:270-8.
10. Alfaro Lara ER, Vega Coca MD, Galván Banqueri M, Marin Gil N, Nieto Martín MD, Pérez Guerrero C, et al. Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. *European Journal of Internal Medicine.* 2012;23:506-12.

B. Santos-Ramos<sup>1\*</sup>, M. Galván-Banqueri<sup>1</sup> y M. Ollero-Baturone<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Gestión Clínica de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Atención Médica Integral, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bernardo.santos.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:bernardo.santos.sspa@juntadeandalucia.es)  
(B. Santos Ramos)

Recibido el 24 de octubre de 2012; aceptado el 27 de diciembre de 2012.  
DOI: 10.7399/FH.2013.37.1.146