

## Influencia de los servicios de atención farmacéutica sobre los factores de riesgo cardiovascular, fidelización y satisfacción de los pacientes en la farmacia comunitaria (Proyecto FISFTES)

Patricia Bofí Martínez<sup>1</sup>, Emilio García-Jiménez<sup>2</sup>

1. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Playa de Miramar (Valencia). 2. Doctor en Farmacia. Farmacéutico comunitario en Huéjica (Almería). CEO Melpopharma. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (España).

### PALABRAS CLAVE

educación sanitaria, seguimiento farmacoterapéutico, fidelización, grado de satisfacción, farmacia comunitaria

### ABREVIATURAS

BMQ: breve cuestionario de la medicación.  
CT: colesterol total.  
DM: diabetes mellitus.  
ECV: enfermedad cardiovascular.  
ES: educación sanitaria.  
FRCV: factores de riesgo cardiovascular.  
GB: glucosa basal.  
GES: grupo educación sanitaria.  
GSFT: grupo seguimiento farmacoterapéutico.  
HTA: hipertensión arterial.  
IMC: índice de masa corporal.  
OCU: Organización de Consumidores y Usuarios.  
PA: presión arterial.  
PAD: presión arterial diastólica.  
PAS: presión arterial sistólica.  
PRM: problema relacionado con los medicamentos.  
PS: problemas de salud.  
RCV: riesgo cardiovascular.  
RNM: resultados negativos de la medicación.  
SFT: seguimiento farmacoterapéutico.  
SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation.  
TG: triglicéridos.  
Vi: visita inicial.  
Vf: visita final.

### KEYWORDS

health education, drug therapy monitoring, loyalty, level of satisfaction, community pharmacy.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los efectos de los servicios de educación sanitaria (ES) y seguimiento farmacoterapéutico (SFT) sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables y RCV (SCORE) de pacientes que acuden a una farmacia comunitaria, así como el grado de fidelización y satisfacción de los pacientes hacia los servicios ofrecidos.

**Material y métodos:** Estudio experimental, longitudinal, aleatorio, por grupos: grupo educación sanitaria (GES)/ grupo seguimiento farmacoterapéutico (GSFT) llevado a cabo en 11 farmacias comunitarias españolas, entre abril y diciembre de 2011, en pacientes entre 18-85 años, con 1 o más FRCV.

**Variables estudiadas:** RCV (SCORE), FRCV modificables, fidelización, satisfacción.

**Resultados:** De los 79 pacientes que aceptaron participar, 72 finalizaron el estudio (36 GES, 36 GSFT). Los pacientes con RCV leve se mantuvieron en el GES en un 36,0% y aumentaron en el GSFT de un 47,0% a un 53,0%. Los pacientes con RCV alto se redujeron un 11,0% en el GES y un 6,0% en el GSFT. El grado de fidelización bueno se mantuvo en un 92,3% y el grado de fidelización malo se redujo de 7,7% a 3,8%. El 65,5% de los pacientes pagaría por el servicio de ES y el 86,4% por el de SFT.

**Conclusiones:** Ambos servicios mejoraron el RCV de los pacientes, aunque el SFT consiguió un 6% más de pacientes con RCV leve, fidelizando al paciente a la farmacia comunitaria. Después de 6 meses, siete de cada diez pacientes pagaría por el servicio de ES y nueve de cada diez por el de SFT.

### *Influence of pharmaceutical care services on cardiovascular risk factors, retention and patient satisfaction in community pharmacy (FISFTES Project)*

### ABSTRACT

**Aim:** To analyse the effects of health education (HE) and drug therapy monitoring (DTM) services on modifiable cardiovascular risk factors (CVRF) and cardiovascular risk (CVR, SCORE) in patients attending a community pharmacy, and to assess levels of patient loyalty and satisfaction with the services provided.

**Material and methods:** Randomized experimental longitudinal study in 2 groups: health education group (HEG)/drug therapy monitoring group (DTMG) conducted in 11 community pharmacies in Spain between April and December 2011 in patients aged 18-85 with 1 or more CVRF.

**Variables studied:** CVR (SCORE), modifiable CVRF, loyalty, satisfaction.

**Results:** Of the 79 patients enrolled, 72 completed the study (36 HEG, 36 DTMG). The proportion of patients with a low cardiovascular risk (SCORE) remained stable at 36.0% in HEG, but increased from 47.0% to 53.0% in DTMG. There was an 11.0% decrease in the number of patients with a high cardiovascular risk in HEG and a 6.0% decrease in DTMG. A high loyalty score was maintained in 92.3% of patients and the number of patients with a low loyalty score was reduced from 7.7% to 3.8%. 65.5% of patients would pay for the HE service and 86.4% would pay for the DTM service.

**Conclusions:** Both services improved patient CVR, although DTM achieved 6% more patients with mild CVR, leading to patients becoming loyal to a particular community pharmacy. After 6 months, 7 in 10 patients would pay for the HE service and 9 in 10 would pay for the DTM service.

El proyecto FISFTES, del que deriva este trabajo, fue ganador de la III Beca SEFAC-STADA, los resultados fueron presentados en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios celebrado en Barcelona en noviembre de 2012.

Recibido: 3-9-2013

Aceptado: 24-4-2014

Disponible online: 1-6-2014

**Financiación:** El estudio ha sido financiado mediante la III Beca SEFAC-STADA.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no existir ningún conflicto de intereses en relación con el contenido del presente artículo.  
**Cite este artículo como:** Bofí P, García-Jiménez E. Influencia de los servicios de atención farmacéutica sobre los factores de riesgo cardiovascular, fidelización y satisfacción de los pacientes en la farmacia comunitaria (Proyecto FISFTES). Farmacéuticos Comunitarios. 2014 Jun 01;6(2):11-19. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).002.03

**Autora para correspondencia:** Patricia Bofí Martínez ([mabopy@hotmail.com](mailto:mabopy@hotmail.com)).

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Comunitaria). Todos los derechos reservados.

## Introducción

Ante la época de crisis y cambios como la que estamos viviendo los farmacéuticos comunitarios, la implantación de servicios asistenciales que aporten más valor añadido a la cadena de dispensación del medicamento en la farmacia puede ser una herramienta eficaz para poder diferenciarlos y adaptarnos a la nueva situación de nuestro entorno.

En este sentido, los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) o enfermedad cardiovascular (ECV), son idóneos para ofertarles servicios profesionales desde la farmacia comunitaria ya que son en su mayoría pacientes polimedicados que pueden beneficiarse de los servicios ofertados como el seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria.

Numerosos estudios realizados en farmacia comunitaria muestran cómo a través del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y la educación sanitaria pueden obtenerse resultados positivos en la salud cardiovascular de los pacientes. Tal es el caso de los realizados en pacientes hipertensos (1,2), salud nutricional del paciente diabético (3), sobrepeso (4) o los que mediante una intervención educativa del farmacéutico logran un mejor cumplimiento en el tratamiento hipolipemiente de los pacientes (5,6).

Por otro lado todos los parámetros indicadores de los FRCV se pueden medir en la farmacia: presión arterial (PA), colesterol, glucemia, etc., por lo que el farmacéutico tiene herramientas tanto en el seguimiento como en la detección de pacientes con FRCV no controlados, tal y como se muestra en otros estudios donde se evidencia como la farmacia comunitaria es un centro sanitario idóneo para el cribado de pacientes diabéticos no diagnosticados (7), o donde se evalúa un método de cribado y seguimiento del paciente hipertenso en farmacia comunitaria (8).

Son numerosos los estudios que demuestran los resultados positivos de la intervención farmacéutica en pacientes con FRCV, pero muy pocos los estudios (9,10) que analicen cómo dichos servicios farmacéuticos influyen en la fidelidad del paciente a la farmacia, la cual es clave para llevar a cabo un buen seguimiento del paciente.

El presente estudio pretende analizar si la implantación de un progra-

ma de control de FRCV acompañado del servicio de educación sanitaria (ES) y/o SFT contribuiría a un mejor control de los FRCV de los pacientes y a su vez aumentaría la fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria.

Tanto el protocolo de investigación como los resultados del estudio preliminar fueron publicados en la revista *Farmacéuticos Comunitarios* (11,12).

## Objetivos

1. Analizar los efectos de los servicios de ES y SFT sobre los FRCV modificables y RCV (SCORE) de pacientes que acuden a una farmacia comunitaria.

2. Analizar el grado de fidelización y satisfacción de los pacientes con los servicios ofrecidos.

## Material y método

### Tipo de estudio

Estudio experimental, aleatorio, por grupos: grupo educación sanitaria (GES) y grupo seguimiento farmacoterapéutico (GSFT).

### Ámbito

Estudio llevado a cabo en 11 farmacias comunitarias españolas entre abril y diciembre de 2011. La captación de pacientes se llevó a cabo en el mostrador desde el 25 de abril al 20 de mayo de 2011, con 6 meses de SFT (GSFT) o ES (GES) por paciente.

**Criterios de inclusión:** pacientes entre 18 y 85 años, con uno o más FRCV detectados por su medicación o consulta del paciente en el momento de la dispensación.

**Criterios de exclusión:** mujeres embarazadas, pacientes con alguna minusvalía psíquica, con marcapasos, hipercolesterolemia familiar congénita, historia de infarto agudo de miocardio (IAM) o infarto cerebro-vascular en el último año, y pacientes en tratamiento con acenocumarol.

**Muestra:** para conseguir una potencia del 80% mediante una prueba para estimar proporciones (de No-Inferioridad) para dos muestras independientes, teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%, y asumiendo la estimación de RCV en el GES del 50% y en el GSFT del 35% y que los grupos estaban balancea-

dos 1:1, con límite de No-Inferioridad: 3,6%, sería necesario incluir 86 pacientes por grupo. Asumiendo un porcentaje esperado de abandonos durante el estudio del 14%, deberían incluirse 100 sujetos por grupo. Para ello cada farmacia participante debía incorporar 8 pacientes al estudio, 4 al GES y 4 al GSFT. La inclusión a uno u otro grupo se comunicó a los farmacéuticos participantes, asignándose a través de una tabla de números aleatorios.

### Procedimiento

El estudio tuvo una parte clínica donde se analizó la evolución de los FRCV y una parte de gestión donde se analizó la influencia de los servicios ofrecidos sobre el grado de fidelización y satisfacción de los pacientes comparando los indicadores clínicos y de fidelización obtenidos entre los dos grupos de pacientes: GSFT y GES.

El esquema general del estudio se presenta en la [figura 1](#).

### Indicadores clínicos

Cada paciente, tras firmar un consentimiento informado, se citaba a primera hora de la mañana en ayunas para realizarle las determinaciones de presión arterial (PA), frecuencia cardiaca (FC), colesterol total (CT), triglicéridos (TG), glucemia basal (GB), índice de masa corporal (IMC), riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE) (13), identificación de FRCV no modificables, registro de problemas de salud (PS) y medicamentos, test de cumplimiento farmacoterapéutico, Breve Cuestionario de la Medicación (BMQ) (14) y recuerdo dietético 24 horas. A los pacientes fumadores además se les ofreció la posibilidad de participar en un programa de deshabituación tabáquica con ayuda personalizada para dejar de fumar.

A continuación, en el caso de ser pacientes del GSFT se les realizaba SFT mediante el método Dáder (15) y en el caso de ser pacientes del GES, educación sanitaria.

Todas las acciones del procedimiento se realizaron a los 0, 3 y 6 meses.

### Indicadores de fidelización

Para poder analizar el grado de fidelización al final del estudio, se

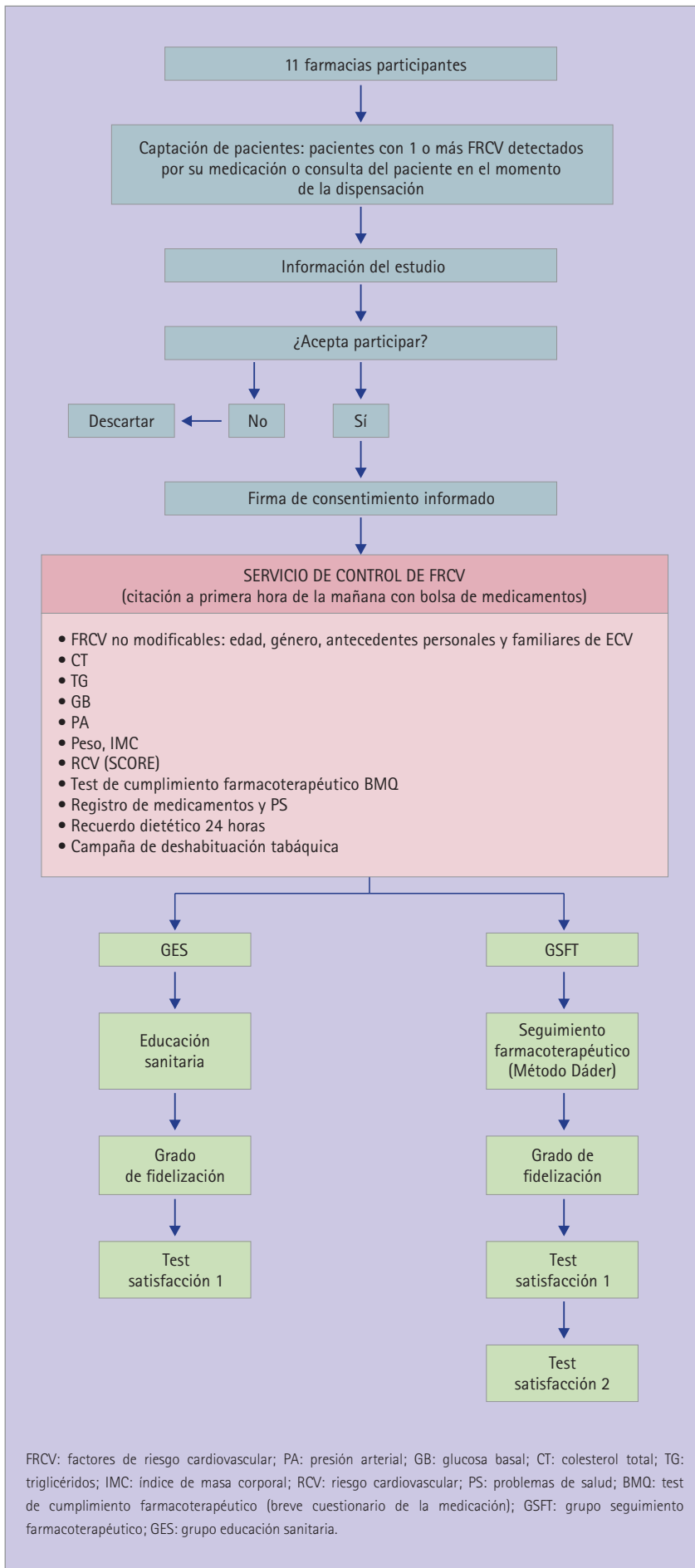


Figura 1 Esquema general del estudio

llevó a cabo un registro mensual de toda la medicación, consultas y otros productos que el paciente adquiriría cada vez que acudía a la farmacia. Se consideró como grado de fidelización bajo a aquellos pacientes que adquirieron menos del 40% de las recetas mensuales de sus tratamientos en la farmacia, medio si adquirirían del 40 al 70% y bueno si adquirirían más del 70%.

Al final de la visita inicial (Vi) y final (Vf), se pasó a los pacientes unos cuestionarios anónimos con el fin de conocer su grado de satisfacción por la farmacia y los servicios ofrecidos.

### Consideraciones éticas

El presente estudio no incluye grupo control, sino que compara la intervención farmacéutica realizada sobre dos grupos: en un caso SFT y en el otro ES, por lo que todos los pacientes recibieron una intervención profesional por parte del farmacéutico. Fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitario La Fe (Valencia).

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo calculando medias y desviaciones típicas para las variables normales y medianas y percentiles para las variables cuantitativas que asumieron normalidad. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Se realizó el análisis global y segmentando por grupo GES/GSFT.

Las posibles diferencias dadas en el tiempo y si éstas eran debidas a la intervención se estudiaron a partir del estadístico Lambda de Wilks. La prueba de chi-cuadrado de Pearson se utilizó para la comparación de proporciones de variables independientes y la prueba de T para comparar diferencias de medias de variables cuantitativas. Se asumió como valor estadísticamente significativo  $p < 0,05$ .

### Resultados

De los 79 pacientes (procedentes de 11 farmacias) que aceptaron participar en el estudio se produjeron 7 abandonos, 2 en el GSFT y 5 en el GES. Aunque el número de abandonos en el GES fue superior que en el GSFT, esta diferencia no fue estadísticamente significativa entre grupos ( $p = 0,434$ ).

Tabla 1 FRCV no modificables de la población de estudio

		Total pacientes	GES	GSFT	p
Edad	Min.	35,0	46,0	35,0	0,021*
	Máx.	85,0	85,0	80,0	
	Media (DE)	60,9 (DE 10,9)	63,8 (DE 10,4)	57,9 (DE 10,8)	
Sexo	Mujeres	n	40,0	20,0	1,000
		%	55,6	55,6	
	Hombres	n	32,0	16,0	
		%	44,4	44,4	
Antecedentes personales de ECV	Sí (prev. secundaria)	n	13,0	5,0	0,534
		%	20,3	15,6	
	No (prev. primaria)	n	51,0	27,0	
		%	79,7	84,4	
Antecedentes familiares de ECV	Sí	n	33,0	14,0	0,396
		%	47,8	41,2	
	No	n	36,0	20,0	
		%	52,2	58,8	

\* Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro.

## Indicadores clínicos

### FRCV no modificables

La **tabla 1** muestra los FRCV no modificables en la población de estudio: no hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el género ( $p=1,000$ ), antecedentes personales de ECV ( $p=0,534$ ) ni herencia familiar de ECV ( $p=0,396$ ), pero sí en el indicador edad ( $p=0,021$ ).

### FRCV modificables

La **tabla 2** muestra la evolución de los indicadores clínicos estudiados en el total de pacientes y por grupos. Se observa que el valor medio de GB, CT y TG disminuyó de forma estadísticamente significativa en el tiempo, tanto en el GES como en el GSFT, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos, mientras que los valores de presión arterial diastólica (PAD), peso e IMC disminuyeron de forma estadísticamente superior en el GSFT.

### RCV (Score)

Los pacientes con RCV leve se mantuvieron en el GES en un 36,0%

y aumentaron de un 47,0% a un 53,0% en el GSFT. Los pacientes con RCV alto se redujeron en ambos grupos de un 11,0% a un 0,0% en el GES y de un 11,0% a un 5,0% en el GSFT.

### Grado de cumplimiento

El 100% de pacientes incumplidores en la visita inicial pasaron a cumplidores, tanto en el GES como en el GSFT.

### Programa de deshabituación tabáquica

El número de fumadores se redujo de un 8,3% a un 2,9%. En ambos grupos la reducción del número de fumadores fue similar (5,6% en el GES y 5,4% en GSFT).

### PRM y RNM detectados en el GSFT

El número de PRM y RNM detectados en el GSFT disminuyó a lo largo del estudio. El número de PRM disminuyó de 1,4 (DE 1,4) a 1,1 (DE 1,4) ( $p=0,851$ ) y los RNM de 1,4 (DE 1,3) a 1,1 (DE 1,3) ( $p=0,859$ ). Aunque esta

disminución no fue estadísticamente significativa, se consiguió reducir en número de PRM un 21,4% y el número de RNM un 19,9%.

El número de pacientes en los que no se detectó ningún PRM aumentó un 15,0% y en los que no se detectó ningún RNM un 12,0%.

Las **figuras 2 y 3** muestran la clasificación de PRM y RNM detectados.

## Resultados de gestión

### Grado de fidelización

El porcentaje de pacientes que adquirirían el 100% de su medicación habitual en la farmacia experimentó un aumento de 92,8% (DE 22,7) a 93,8% (DE 22,5).

El porcentaje de pacientes con grado de fidelización malo (<40%) se redujo a lo largo del estudio de 7,7% a 3,8%, con grado de fidelización medio (40,0%-70,0%) aumentó un 3,8% y el número de pacientes con grado de fidelización bueno (>70,0%) se mantuvo en un 92,3%.

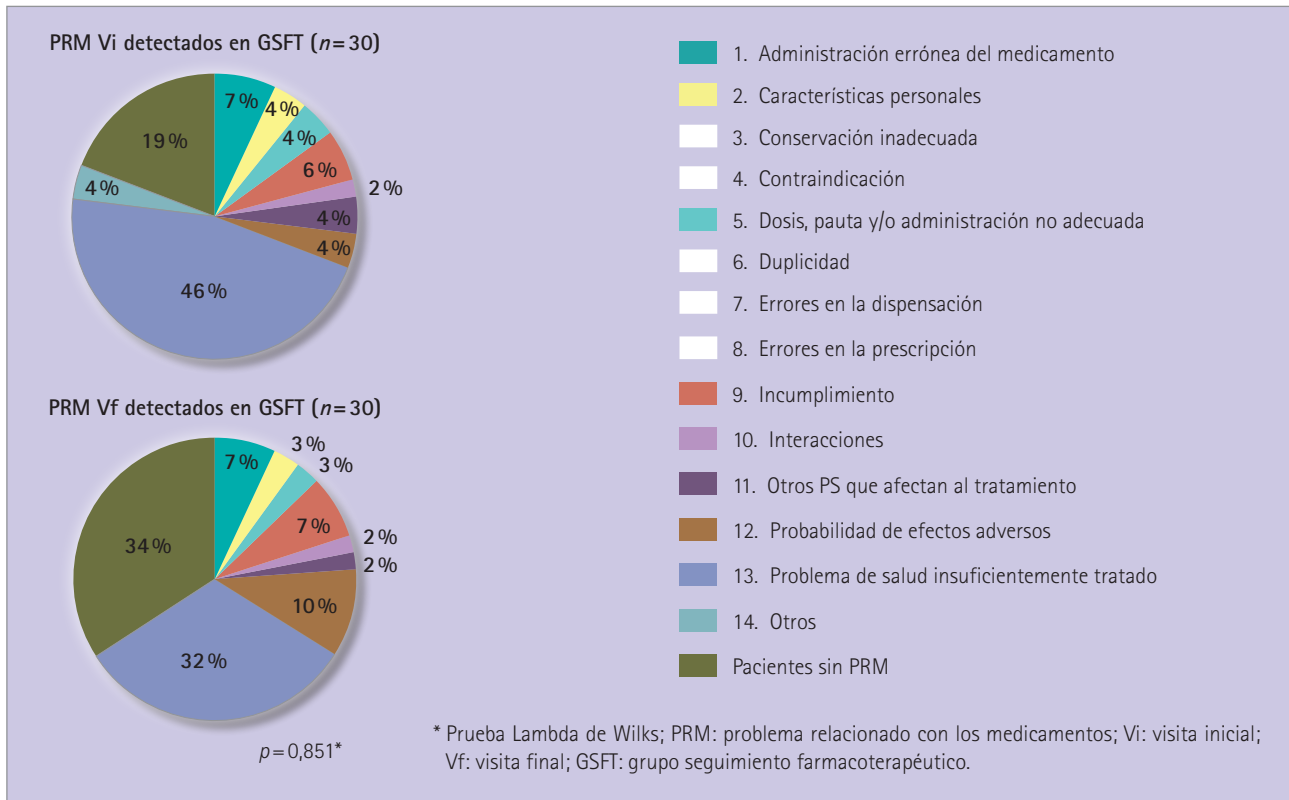


Figura 2 Clasificación de PRM en el grupo SFT

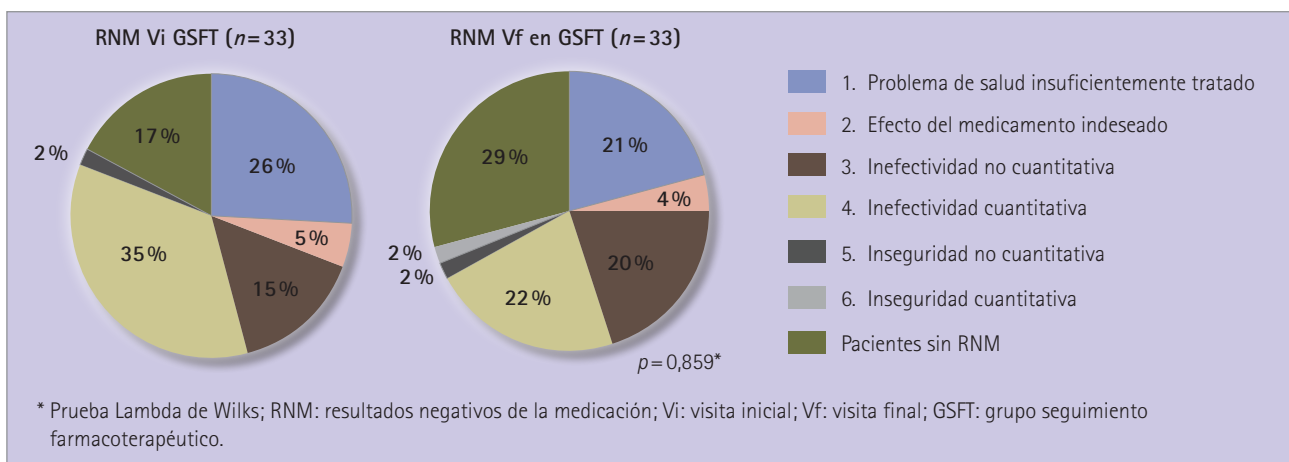


Figura 3 Clasificación de RNM en el grupo SFT

### Grado de satisfacción

El número de pacientes que respondió que no compraba en más de una farmacia aumentó en el grupo de ES de 62,9% a 82,8% y en el grupo de SFT de 65,4% a 78,3%.

Los dos aspectos que más valoran los pacientes cuando eligen una farmacia son en primer lugar las personas que trabajan en la farmacia (GES: Vi=43,9% Vf=41,9%; GSFT: Vi=8,1% Vf=39,2%) y en segundo lugar por los servicios asistenciales que ofrece (GES: Vi=26,3% Vf=30,6%; GSFT: Vi=33,3% Vf=25,5%).

La mayoría de los pacientes acude como primera opción al farmacéu-

tico cuando tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos (GES: Vi=60,4% Vf=378,8%; GSFT: Vi=79,3% Vf=375,0%). La profesionalidad del farmacéutico fue valorada como excelente por la totalidad de los pacientes al final del estudio. El 65,5% de los pacientes pagaría por el servicio de ES y el 86,4% por el SFT.

### Discusión

Los resultados clínicos obtenidos son similares a los de otros estudios realizados en farmacia comunitaria en pacientes con RCV. Así en un estudio cuyo objetivo fue evaluar el efecto del

servicio de SFT o ES sobre la adherencia y objetivos terapéuticos en pacientes con RCV moderado y alto, los resultados mostraron al igual que en el presente estudio una mejora en la adherencia y en los niveles de CT similar en ambos grupos (16). Sin embargo difieren en que en nuestro estudio sí hubo diferencias clínicas en la clasificación de la PA entre grupos. Esto puede ser debido a que en dicho estudio (16) se incluyeron pacientes con RCV alto o moderado, y nosotros además pacientes con RCV bajo siempre que tuvieran algún FRCV. Puede que la inclusión de este tipo de pacientes sea la responsable de esta diferencia.



### Indicadores clínicos

Los valores de GB, CT y TG disminuyeron de forma estadísticamente significativa a lo largo del tiempo, tanto en el GES como en el GSFT, por lo que ambos servicios son igualmente eficaces en la mejora de estos parámetros.

Otros estudios realizados en farmacia comunitaria también muestran los efectos positivos de la intervención del farmacéutico en la mejora de los parámetros bioquímicos de riesgo cardiovascular (17-20). Tal es el caso del estudio (19) que evaluó la intervención farmacéutica en pacientes diabéticos y en el que al igual que en nuestro estudio los niveles de GB mejoran independientemente de pertenecer al grupo control o intervención.

Similares resultados se muestran en otro estudio (14), en el que los valores de CT disminuyeron a lo largo del estudio tanto en GC como en GI,

siendo estas diferencias entre grupos no significativas.

En un estudio realizado en pacientes con diabetes tipo 2 (20), los TG disminuyeron en el grupo en el que sólo se realizó monitorización de parámetros bioquímicos y en el grupo que recibió SFT aumentaron, por lo que difiere del presente estudio en el que los niveles de TG disminuyeron tanto en GES como en GSFT. Estas diferencias se podrían deber a que los TG se elevan ante concentraciones de GB elevadas en sangre ya que el exceso de hidratos de carbono se acumula en forma de TG, por ello los diabéticos disminuyen con menor facilidad los niveles de TG. A pesar de esto se podría considerar que tanto el SFT como la ES y todas las recomendaciones higiénico dietéticas que conllevan son útiles para mejorar los niveles de TG.

En cuanto a los valores de PA, el valor medio de presión arterial sistó-

lica (PAS) (mmHg) disminuyó de forma estadísticamente no significativa a lo largo del estudio, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos ( $p=0,186$ ). Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre grupos, se puede observar que la disminución del valor medio de PAS fue mayor en el GSFT que en el GES (tabla 2). Esta disminución no significativa puede deberse a que inicialmente se partía de una PAS que podríamos calificar ya como controlada, clasificada como normal-alta.

El valor medio de PAD disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio ( $p=0,050$ ) y esta disminución se debió al GSFT. Cabe destacar que mientras en el GSFT el valor de PAD disminuyó de forma estadísticamente significativa, en el GES sufrió un ligero aumento (0,9%). El valor de PAD se mantuvo

Tabla 2 FRCV modificables y otros parámetros relacionados con el RCV en la población de estudio

		Total pacientes n=72	GES n=36	GSFT n=36	p
		Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	
PAS (mmHg)	Vi	135,8 (2,0)	135,00 (2,0)	136,70 (2,1)	0,186
	Vf	132,2 (1,6)	134,00 (1,6)	130,40 (1,6)	
PAD (mmHg)	Vi	79,6 (1,2)	76,90 (1,1)	82,40 (1,2)	0,050**
	Vf	78,0 (1,2)	77,60 (1,2)	78,40 (1,2)	
FC (puls/min)	Vi	73,8 (11,8)	72,25 (12,4)	74,00 (11,3)	0,081
	Vf	72,7 (9,2)	73,08 (9,6)	72,22 (8,8)	
Peso (kg)	Vi	77,7 (13,9)	75,56 (13,1)	79,88 (14,6)	0,007**
	Vf	77,2 (13,5)	75,78 (13,8)	78,54 (13,3)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Vi	29,1 (4,2)	28,40 (4,1)	29,74 (4,3)	0,008**
	Vf	28,9 (4,2)	28,53 (4,3)	29,26 (4,2)	
GB (mg/dl)	Vi	118,4 (49,6)	114,33 (50,2)	122,51 (49,4)	0,009*
	Vf	108,3 (36,7)	106,94 (34,7)	109,69 (39,1)	
CT (mg/dl)	Vi	198,7 (43,2)	198,89 (33,9)	198,50 (51,3)	0,027*
	Vf	189,2 (39,3)	185,89 (29,4)	192,58 (47,4)	
TG (mg/dl)	Vi	164,4 (102,9)	166,94 (100,7)	161,80 (106,5)	0,028*
	Vf	137,3 (93,8)	138,68 (79,7)	135,96 (107,3)	

\* Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo pero estas diferencias no se deben al grupo al que pertenece el paciente, es decir, tanto la educación sanitaria como el SFT, han mejorado el valor del parámetro.

\*\* Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo y estas diferencias se deben al grupo al que pertenece el paciente.

clasificado como óptimo a lo largo del estudio en el total de pacientes, en GSFT y en GES.

Otros estudios también resaltan la mayor eficacia del servicio de SFT en la mejora de los valores de PA (14), en el que los valores de PAS y PAD disminuyeron en ambos grupos. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, al igual que en el presente estudio, las mejoras observadas en el GSFT fueron mayores que en el GES.

El valor medio de IMC disminuyó de forma estadísticamente significativa a lo largo del estudio debido al GSFT ( $p=0,008$ ). Cabe destacar que mientras en el total de pacientes y en el GSFT el valor de IMC disminuyó, en el GES aumentó ligeramente (0,5%). Aunque se produjo una disminución estadísticamente significativa en el valor de IMC debida al grupo intervención, el valor de IMC se mantuvo en el escalón de sobrepeso a lo largo del estudio tanto en el GES como en el GSFT, dato que confirma la estrecha relación entre enfermedades cardiovasculares y sobrepeso/obesidad y la importancia desde la atención primaria de incidir en medidas a nivel poblacional e individual que fomenten unos hábitos higiénico-dietéticos adecuados, para lo cual el SFT puede ser una buena herramienta para conseguir la implicación del paciente en la adopción y mantenimiento de hábitos higiénico-dietéticos saludables.

Los pacientes con RCV (SCORE) alto se redujeron en ambos grupos: un 11,0% en el GES y un 6,0% en el GSFT. Estas mejoras en el RCV fueron debidas en el GES a una disminución en el número de fumadores y en el GSFT a una disminución en el número de fumadores y a una mejora en los valores de PA.

En cuanto al grado de cumplimiento farmacoterapéutico, tanto en el GES como en el GSFT, el 100% de pacientes que fueron clasificados como incumplidores tras realizarles el test BMQ (14) en la visita inicial, pasaron a clasificarse como cumplidores tras repetírsele al final del estudio. Por lo que se puede concluir que tanto el servicio de ES como de SFT ayudan a que los pacientes aumenten la adherencia a sus tratamientos, lo cual se traduce en una mayor efectividad del tratamiento, una mejora en la salud del paciente y una disminución de

complicaciones consecuencia del mal cumplimiento de los tratamientos. En otros estudios (5,21-23) también se muestra que tanto el SFT como la ES aumentan el grado de cumplimiento de los pacientes.

El número de fumadores se redujo un 5,4% a lo largo del estudio del estudio. En ambos grupos la reducción del número de fumadores fue similar (5,6% en GES y 5,4% en GSFT), por lo que la implantación de un programa de deshabituación tabáquica en la farmacia con apoyo y seguimiento personalizado de los pacientes es eficaz para disminuir el número de fumadores, independientemente de que el programa se acompañe de SFT o ES.

Un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) realizado en noviembre del 2011 en 20 farmacias comunitarias de Madrid y Barcelona, puso de manifiesto que, salvo contadas excepciones, las farmacias atienden de manera correcta a los fumadores que quieren dejar el tabaco (24). En una farmacia comunitaria de Madrid (25) el éxito en la deshabituación tabáquica se multiplicó por ocho al implantar un programa de apoyo personalizado para fumadores.

El estudio también mostró resultados positivos en la detección y resolución de PRM y RNM en pacientes en SFT, consiguiendo reducir en número de PRM un 21,4% y el número de RNM un 19,9%. Otros estudios (6,26-29) son coincidentes en la efectividad del método Dáder de SFT en la resolución de PRM y RNM.

### Grado de fidelización

La implantación de servicios profesionales en la farmacia tales como el servicio de SFT, ES, campañas anti-tabaco y/o servicios de determinación de parámetros bioquímicos, ayuda a aumentar el grado de fidelización de los pacientes inicialmente poco fidelizados y ayuda a mantener la fidelidad de los pacientes que ya lo estaban.

Cabe destacar que el grado de fidelización considerado como bueno era ya elevado al inicio del estudio. Esto puede deberse a que en el mes inicial se llevó a cabo la primera visita de control de FRCV (detección de parámetros analíticos, ES, campaña de deshabituación tabáquica, SFT) y esto puede que influyera ya en un

aumento en el grado de fidelización, no cuantificado, desde el primer día. También puede deberse al ofrecimiento del estudio a pacientes habituales con los que suele haber una mayor confianza entre farmacéutico y paciente.

Estas razones y el reducido tamaño de la muestra hacen que este aumento de fidelización encontrado no sea suficientemente considerable para definir diferencias realmente relevantes en el grado de fidelización a la farmacia, aunque estos resultados sí pueden servir como proyección para futuros estudios con muestras de mayor tamaño.

### Grado de satisfacción

Los pacientes que no compraban en más de una farmacia aumentaron a lo largo del estudio. Este dato muestra que la implantación de servicios profesionales como el servicio de ES y SFT aumentan el grado de fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria. Los dos aspectos que más valoran los pacientes a la hora de elegir una farmacia son en primer lugar las personas que trabajan en la farmacia y en segundo los servicios asistenciales que ofrece.

La mayoría de los pacientes acude como primera opción al farmacéutico cuando tiene algún problema o alguna duda con sus medicamentos, antes que al médico, por lo que la profesionalidad del farmacéutico fue valorada como excelente por la totalidad de los pacientes al final del estudio. La profesionalidad, la buena atención y la relación de empatía farmacéutico-paciente son los aspectos que más valoran los pacientes a la hora de recomendar su farmacia

### Limitaciones

El análisis estadístico del grado de fidelización se realizó con los datos de 27 pacientes (15 GES y 12 GSFT) procedentes de 4 farmacias, tras eliminar a aquellas farmacias con el registro mensual de medicamentos incompleto.

Estadísticamente, debido al reducido tamaño de la muestra (72 pacientes analizados, 36 pertenecientes al GES y 38 al GSFT), hubo parámetros en los que el análisis estadístico aplicado no pudo dar diferencias estadísticamente significativas, por lo

que en estos casos se describieron las diferencias clínicamente significativas que se encontraron.

Estas limitaciones y no haber alcanzado el tamaño muestral necesario, hacen que el estudio se considerase finalmente como un estudio piloto que apuntase los resultados para muestras de mayor tamaño.

El estudio muestra, con las limitaciones indicadas, que el servicio de SFT mejoró más que la ES los valores de PA, IMC y RCV. La GB, CT y TG mejoraron de forma similar en ambos grupos, aunque los resultados no fueron significativos.

Tanto en el servicio de ES como en el de SFT todos los pacientes fueron cumplidores en la visita final; el programa de deshabituación tabáquica ayudó a reducir el número de fumadores en ambos grupos; el servicio de SFT disminuyó de forma estadísticamente no significativa el número de PRM y RNM y aumentó el número de pacientes sin ningún PRM ni RNM.

Por tanto ambos servicios son eficaces en la mejora de la salud cardiovascular de los pacientes, pero el servicio de SFT consiguió en general una mejora mayor de los FRCV y clasificación del RCV (SCORE), mientras que el grado de cumplimiento y deshabituación tabáquica mejoró de igual medida en ambos servicios.

La implantación de los servicios profesionales analizados mejora y mantienen el grado de fidelización de los pacientes a la farmacia comunitaria, incrementándose la elección como única farmacia de referencia en ambos servicios.

A la hora de implantar en la farmacia servicios farmacéuticos remunerados habría que tener en cuenta que ambos servicios son valorados de forma positiva por los pacientes y que un número significativo de pacientes pagaría por los servicios de ES y SFT, aunque el SFT consiguió en general mayores mejoras clínicas.

## Agradecimientos

A SEFAC y STADA, por haber confiado y apoyado este proyecto desde el principio.

A los farmacéuticos comunitarios: Inés Madriñán Batán (Lalín-Pontevedra), Alberto Barrionuevo Torres y Víctor Relinque Mora (Má-

laga), M Cristina Sainz Villanueva (Madrid), Mariano González López (Valdepeñas-Ciudad Real), Esther Jiménez Soriano y César Gallardo Gómez (Petrel-Alicante), Elena Gil Sáenz (Madrid), Francisco Javier Plaza Zamora (Mazarrón-Murcia), Belén Soria Izquierdo y Nùria Alarcón Tomás (Mataró-Barcelona), Marta Martínez Ortega (Mataró- Barcelona), José Antonio Fornos Pérez, Patricia García Rodríguez y Marta Fernández Cordeiro (Cangas de Morrazo-Pontevedra), M<sup>a</sup> Carmen Martínez Castelló (Playa de Miramar- Valencia), Andrés Bofí (Playa de Miramar-Valencia), Julia Sellens (Playa de Miramar-Valencia), Ana Moreno (Melpopharma). Gracias a todos por su interés y tiempo dedicado a este proyecto.

A todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto.

## Referencias bibliográficas

- Rosinach Bonet J, García-Jiménez E. Seguimiento farmacoterapéutico desde una farmacia comunitaria en pacientes hipertensos no controlados. *Farm Com*; 2010;2(1):6-9.
- Martínez SR, Elías I, Martínez F. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipertensos tratados farmacológicamente en una farmacia comunitaria de Granada. *Farm Com*; 2012;4(Supl.1):60.
- Navasquillo A, Albiach N, Domínguez JA, Martínez MI, Zuriaga MF, Moraleja A. Papel del farmacéutico en la educación nutricional del paciente diabético. *Farm Com*. 2012;4(Supl.1):75-76.
- Pontes Y, Martín A, González A, Sánchez JL, González P, Gómez C. Programa de seguimiento dietoterapéutico en pacientes con sobrepeso desde la farmacia comunitaria. *Farm Com*; 2012;4(Supl.1):41.
- Andrés JC, Andrés NF, Fornos JA. Mejora del cumplimiento con hipolipemiantes. *Farm Com*; 2009 Dec;30;1(3):94-100.
- Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Guerra MM, Egea B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type 2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm Word Sc*; 2006;28:65-72. doi:10.1007/s11096-006-9003-0
- Fornos JA, Andrés NF, Andrés JC, Acuña A, Costas D, Mera R. Detección de pacientes con riesgo de desarrollar diabetes en farmacias comunitarias de Pontevedra. *Farma Com*; 2013 Dec 19;5(4):141-146.
- Sabater Hernández D, Fikri-Benbrahim O, Faus Dáder MJ. Utilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la toma de decisiones clínicas. [Consultado el 16-12-2012]. Disponible en <http://z1.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/utilidad-monitorizacion-ambulatoria-presion-arterial-13151049?referer=buscador>
- Ferreira M. Diseño e implementación de un modelo de gerencia estratégica en el servicio de calidad en una farmacia comunitaria para incrementar la fidelización de los clientes. *Farm Com*; 2012;4(Supl.1):43.
- Vilanova L, Bellver O, Mena S, Villagrasa V. Estudio del coste-beneficio de un programa de seguimiento a pacientes con riesgo cardiovascular. *Farm Com*; 2012 Sep 15;4(3):102-106.
- Bofí P, Martínez MC, Bofí A, Sellens J, Escrivá RM, García E, et al. Análisis del efecto y grado de fidelización de los pacientes mediante los servicios de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico ofertados desde la farmacia comunitaria (Proyecto Fisftes). *Farm Com*; 2011 Jun 30;3(2):62-66.
- Bofí P, García-Jiménez E. Efecto y grado de fidelización de los pacientes sobre los servicios de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico ofrecidos desde la farmacia comunitaria (Proyecto Fisftes). *Farm Com*; 2012;4(Supl.1):38-40.
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Española de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. *SEMERGEN*. 2009;35(2):66-85. doi:10.1016/S1138-3593(09)70424-1
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino EM, Martínez Martínez F. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). *Aten Primaria* 2011;43:245-253. doi:10.1016/j.aprim.2010.05.006
- Pharmaceutic al Care Research Group, University of Granada (Spain). Pharmacotherapy follow up: the Dader Method (3rd revision: 2005). *Pharmacy Practice* 2006;4(1):44-53.
- Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, et al. Effectiveness of Dader Method for pharmaceutical care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized controlled



- trial. *J Manag Care Pharm.* 2012 May;18(4):311-323
17. García de Andrade RC, Rosemir Pela I. Seguimiento farmacéutico y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes diabéticos tipo 2. *Seguim Farmacoter* 2005;3(2):112-122.
  18. Ruiz García E. Receta electrónica y adherencia al tratamiento farmacoterapéutico en pacientes dislipémicos. Estudio ADREDIS. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada, Junio 2011. [Consultado el 7-9-2012]. Disponible en: <http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/esteban-ruiz-garcia.pdf>.
  19. Pilger D. Estudio aleatorio controlado en farmacias comunitarias de Portugal: Intervención farmacéutica a pacientes diabéticos. [Tesis doctoral] Universidad de Granada 2009. [Consultado el 3-9-2012]. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/17850228.pdf>.
  20. Castillo García E, De Haro Pérez EM, López Castellano AC. Implantación de un programa de educación sanitaria y seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con diabetes tipo 2 en una farmacia comunitaria. *OFIL*; 2008;18(3):43-54.
  21. Molina Moya ML, García-Jiménez E. Efecto de la intervención farmacéutica sobre los valores de presión arterial de pacientes en una farmacia de la Comunidad Valenciana. Diploma de estudios avanzados. Universidad de Granada. Junio 2008. [Consultado el 4-9-2012]. Disponible en: [http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Marisa\\_Molina\\_Moya.pdf](http://www.melpopharma.com/wp-content/uploads/2013/04/Marisa_Molina_Moya.pdf)
  22. Pruja Mach D, García-Jiménez E, Riera Baigorri C, Fonts Serra N. Uso y cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes con tratamiento hipolipemiante en una Farmacia de Girona. Comunicación III Congreso Nacional SEFAC. [Consultado el 16-12-2012]. Disponible en: [http://www.atencion-farmacutica-ugr.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=216&Itemid=118](http://www.atencion-farmacutica-ugr.es/index.php?option=com_content&task=view&id=216&Itemid=118)
  23. Busquets Gil A, Camps Soler A, García-Jiménez E, Ruiz García E, Román Cerdán E. Cumplimiento farmacoterapéutico de antiagregantes orales en pacientes que acuden a farmacias rurales de Girona y Almería. *Pharm Care Esp.* 2010;12(3):110-117.
  24. Diario de Sevilla. Asociaciones de consumo valoran la ayuda para dejar de fumar. [Consultado el 6-9-2012]. Disponible en: <http://www.diariodesevilla.es/article/salud/1163126/asociaciones/consumo/valoran/la/ayuda/para/dejar/fumar.html>.
  25. Trilleros J. Programa de deshabitación tabáquica en la oficina de farmacia de Juan Alonso nº 6. [Consultado el 6-9-2012]. Disponible en: <http://licenciadojuantrilleros.blogspot.com.es/2006/01/programa-de-deshabitacion-tabquica.html>.
  26. Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. *Seguim Farmacoter* 2003;1(3):99-104.
  27. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. [Consultado el 15-9-2012]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~ars/abstract/42-53-01.pdf>.
  28. Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. [Consultado el 15-9-2012]. Disponible en: <http://www.pharmatnet.com.br/atencao/44-225-03.pdf>.
  29. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain). *Pharmacotherapy follow-up: the Dader Method* (3rd revision: 2005). *Pharmacy Practice.* 2006; 4(1): 44-53.