

**Atención domiciliaria inter-asistencial
mediante la gestión integral de la
farmacoterapia en Barranquilla
(Colombia).**

Jesús Enrique Hernández Angulo

**Químico Farmacéutico
Universidad del Atlántico
Barranquilla, Colombia**

**Master en atención farmacéutica y
farmacoterapia
Universidad San Jorge,
Zaragoza, España**

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción

2. Justificación

3. Objetivos

4. Metodología

5. Limitaciones

6. Resultados y discusión

7. Conclusiones

8. Bibliografía



1. INTRODUCCIÓN

La polimedición en pacientes crónicos merece especial atención porque es un factor de riesgo. El incumplimiento de los tratamientos generalmente se asocia a la no comprensión de las pautas, debido al exceso de información por la cantidad de medicamentos que utilizan los pacientes

Los medicamentos están involucrados en el 80% de los tratamientos y afectan todos los aspectos de la vida de un paciente incluyendo los activos en salud.



2. JUSTIFICACIÓN

La atención farmacéutica es una práctica asistencial que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, por medio del seguimiento farmacoterapéutico evalúa los problemas asociados a los medicamentos y fomenta el uso adecuado de estos.

En Colombia el farmacéutico participa activamente en el equipo interdisciplinario de salud y es responsable de las necesidades relacionados con los medicamentos, sin embargo a nivel social no es reconocido.

Los pacientes incluidos en el PAD reciben visitas de control por un el equipo en salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, analistas de laboratorio clínico, entre otros profesionales) pero no está incluido en este equipo el farmacéutico como profesional encargado en nuestro país de la atención farmacéutica



3. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar los resultados clínicos y humanísticos como resultado de la gestión integral de la farmacoterapia en pacientes de un programa de atención domiciliaria durante la transición asistencial desde la atención especializada hacia la atención primaria en salud en Barranquilla (Colombia).

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades y problemas farmacoterapéuticos de los pacientes participantes del estudio por medio de la gestión integral de la farmacoterapia.
- Identificar los activos en salud de los pacientes.
- Evaluar los resultados clínicos de los pacientes del PAD obtenidos durante la gestión integral de la farmacoterapia.
- Valorar la calidad de vida los pacientes del PAD que recibieron gestión integral de la farmacoterapia a través del cuestionario WHO-QOL-100

4. METODOLOGÍA

Diseño: se realizó un estudio de métodos mixtos, de carácter prospectivo, con diseño de triangulación concurrente donde se recolectaron y analizaron simultáneamente datos cualitativos y cuantitativos, de esta forma se evaluaron los resultados en términos clínicos, activos en salud y calidad de vida

Ámbito y contexto de la investigación: Institución Prestadora de salud (IPS) con servicios médicos y quirúrgicos de tercer y cuarto nivel, se encuentra ubicada en la ciudad de Barranquilla, Colombia

Para medir calidad de vida se utilizó el cuestionario WHOQOL, antes y después de la intervención (posterior a 3 meses). Este cuestionario hace una consideración de la calidad de vida, y da una puntuación a cada factor de forma individual.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL ESTUDIO

Criterios:

- Pacientes que se encuentren incluidos dentro del PAD de la institución.
- Pacientes que acepten la oferta de la gestión integral de la farmacoterapia.
- Pacientes mayores de 18 años de edad (mayoría de edad en Colombia).
- Pacientes pluripatológicos y polimedicados.
- Pacientes con la autonomía para expresar sus opiniones e ideas

La investigación fue realizada por el farmacéutico en la IPS.
NO recibió pago adicional o bonificaciones por entes internos ni externos.



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un estudio piloto exploratorio, solo 12 pacientes hicieron parte de este, lo que influye sobre la reproducibilidad y los resultados finales son escasos. La situación actual de pandemia condicionó la práctica asistencial, por lo cual no se pudo llevar a cabo el estudio con más pacientes.

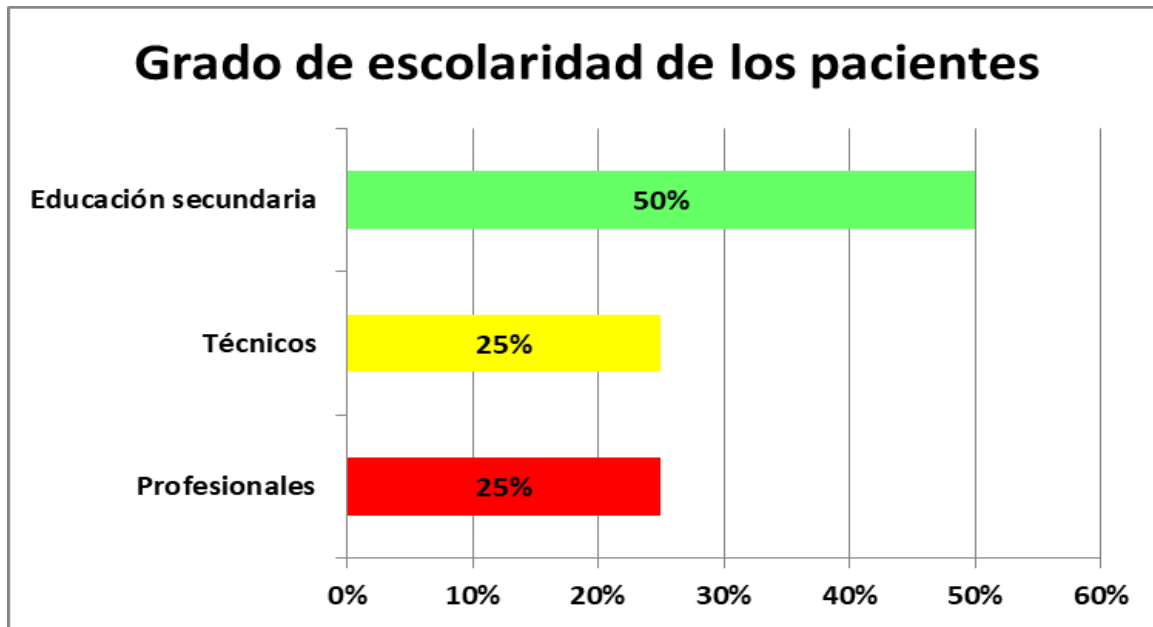
Tabla 1: Distribución de los pacientes por grupo etario:

Rango etario	Años	N	%
Adulthood temprana	15-45	4	34%
Adulthood intermedia	46-64	8	66%
Total	-	12	100%



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Figura 1: Grado de escolaridad de los pacientes:

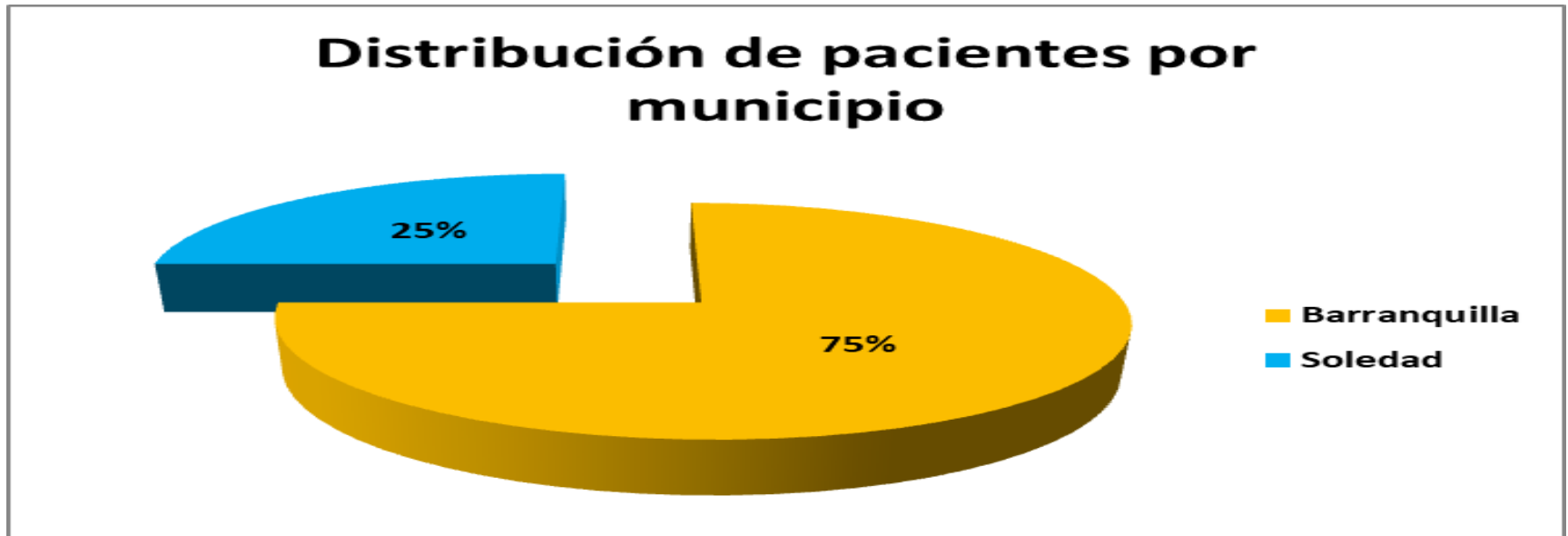


Todos los participantes del estudio superaron sus estudios básicos (colegio) y solo 6 culminaron su formación complementaria, cada uno en grados diferentes.



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Figura 2: Distribución de los pacientes por municipios:



9 pacientes viven en Barranquilla.

3 pacientes viven fuera de la ciudad (zona urbana).



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Variables clínicas primera entrevista:

Tabla 2: Variables antropométricas:

N°	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC	Clasificación
1	50	155	20.8	Normal
2	76	165	27.9	Sobrepeso
3	92	170	31.8	Obesidad
4	80	169	28.0	Obesidad

Tabla 3: Parámetros bioquímicos:

Paciente	Primera visita							
	TA	FC (lpm)	Hb (g/dL)	Glicemia (mg/dL)	HbA1c (%)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Creatinina (mg/dL)
RCD	101/64	71	11.2	90	3.7	145	131	1.04
RMA	130/70	69	8.9	237	7.65	205	246	7.93
CRV	110/90	60	11.5	97.3	4	171.3	147	11.7
JGV	120/85	73	11.2	100	4.1	169.1	166.3	1.02

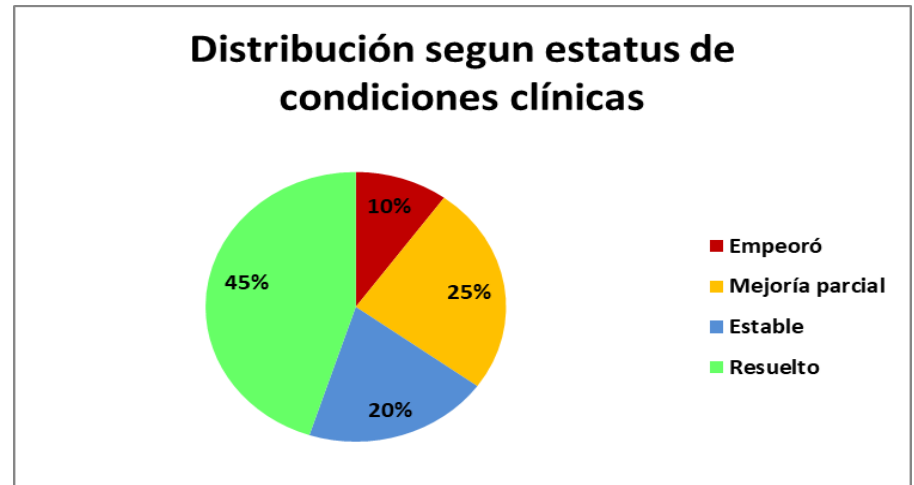
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Variables clínicas:

Tabla 4: Condiciones clínicas:

Condición Clínica	Cantidad	%
HTA	4	20%
Diabetes	1	5%
Dislipidemias	1	5%
Dolor	1	5%
Insomnio	1	5%
Anemia	4	20%
Estreñimiento	3	15%
Depresión	1	5%
Gastritis	4	20%
Total	20	100%

Figura 3: Distribución según estatus



Se evidencia que el 70% de las condiciones clínicas tuvieron evolución favorable en el tiempo (Resuelto – Mejoría parcial), el 20% (estable) se mantuvo igual que en la valoración inicial en la primera entrevista, y solo el 10% empeoró (condiciones clínicas que corresponden a un solo paciente RMA)

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Variables clínicas posterior a GIF:

Tabla 5: Variables antropométricas:

N°	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC	Clasificación
1	52	155	21.6	Normal
2	76	165	27.9	Sobrepeso
3	86	170	29.8	Sobrepeso
4	77	169	27.0	Sobrepeso

Tabla 6: Parámetros bioquímicos:

Tercera visita								
Paciente	TA	FC (lpm)	Hb (g/dL)	Glicemia (mg/dL)	HbA1c (%)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Creatinina (mg/dL)
RCD	115/70	65	13.1	90	3.6	145	133	1.02
RMA	130/80	67	10	249	8.11	152	183	7.0
CRV	120/80	62	15.6	97.3	3.9	168.2	151	9.4
JGV	120/80	71	12.2	100	3.6	150	147.4	1.02

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Problemas farmacoterapéuticos

Tabla 7: Problemas farmacoterapéuticos detectados mediante la GIF

		CANTIDAD	%
Indicación	Medicamento innecesario	3	33%
	Necesita medicamento adicional	2	22%
Efectividad	Necesita medicamento diferente	0	0%
	Dosis muy baja	0	0%
Seguridad	Reacción adversa al medicamento	2	22%
	Dosis muy alta	1	11%
Adherencia	Incumplimiento	1	11%
Total	-	9	100%

Durante el análisis, valoración y evaluación de la información obtenida en las entrevistas, se detectaron 9 problemas farmacoterapéuticos (PFT), el 55% corresponde a PFT de indicación, el 33% a seguridad y el 11% aproximadamente a PFT de adherencia.



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 8: Recomendaciones realizadas a pacientes y profesionales tratantes para resolver los farmacoterapéuticos

Dirigida a:	Cantidad	%	Aceptadas	Rechazadas
Médicos	4	44%	2	2
Paciente	5	56%	3	2
Total	9	100%	5	4

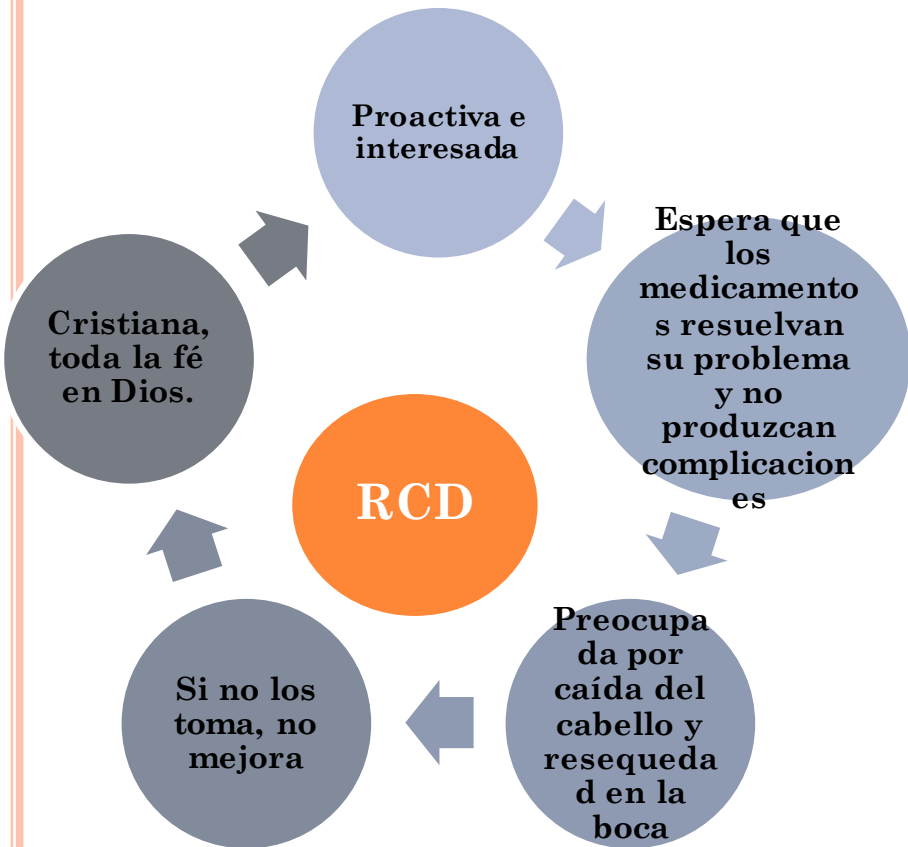
Se hicieron 9 recomendaciones (5) a los pacientes y (4) a los profesionales tratantes.

De 5 recomendaciones a los pacientes, solo 3 se aceptaron y se colocaron en práctica, esto permitió mejor control de los problemas de salud, y se evidenció en los resultados de laboratorios clínicos y también en la condición de esos pacientes,

Dos de las recomendaciones a pesar de ser aceptadas no se colocaron en práctica y no contribuyeron a conseguir buenos resultados en salud.

Las recomendaciones a los profesionales de la salud, aceptaron 2, (adicionar un medicamento y retirar medicamento innecesario).

Figura 4: Experiencia farmacoterapéutica RCD:



"en el nombre de Dios"

"le tengo recelo a ese medicamento"

Figura 5: Experiencia farmacoterapéutica RMA:



"mis hijas son mi motor, cuando me siento débil pienso en ellas y continuo adelante"

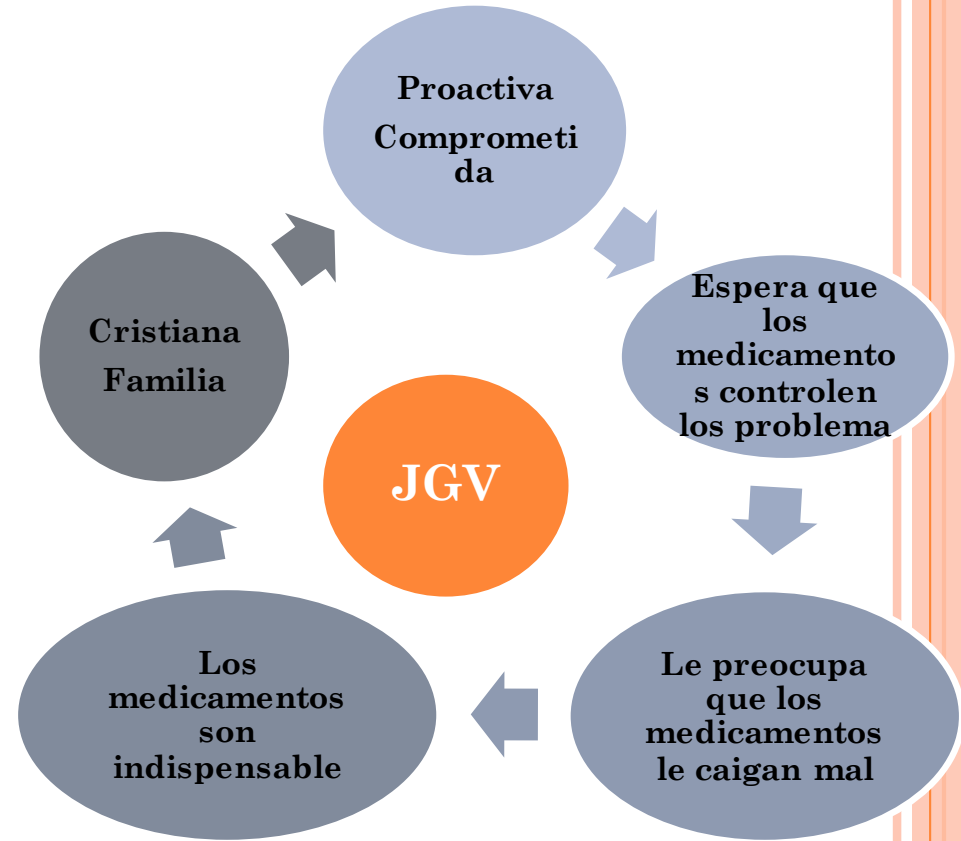
Figura 6: Experiencia farmacoterapéutica CRV:



“es que si no me los tomo me muero hijo, por eso le coloco actitud y se me quita ese pensamiento tan necio”

“hago como si fuera una sopa, me tomo los 8 medicamentos juntos, mato dos pájaros de un tiro”

Figura 7: Experiencia farmacoterapéutica JGV:



“cuando uso uno nuevo medicamento solo espero que no me caigan mal, es muy incómodo y fastidioso”

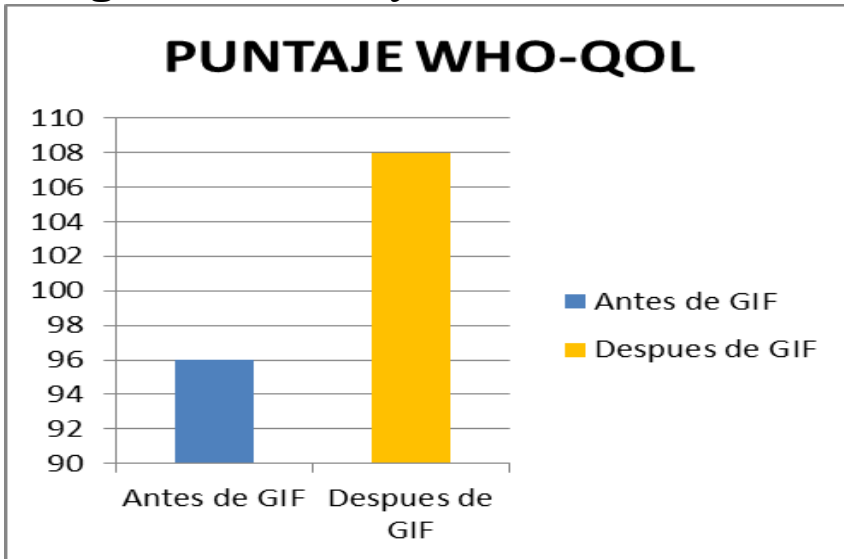
“es que me producen ardor en el estómago”.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Calidad de vida: WHO-QOL

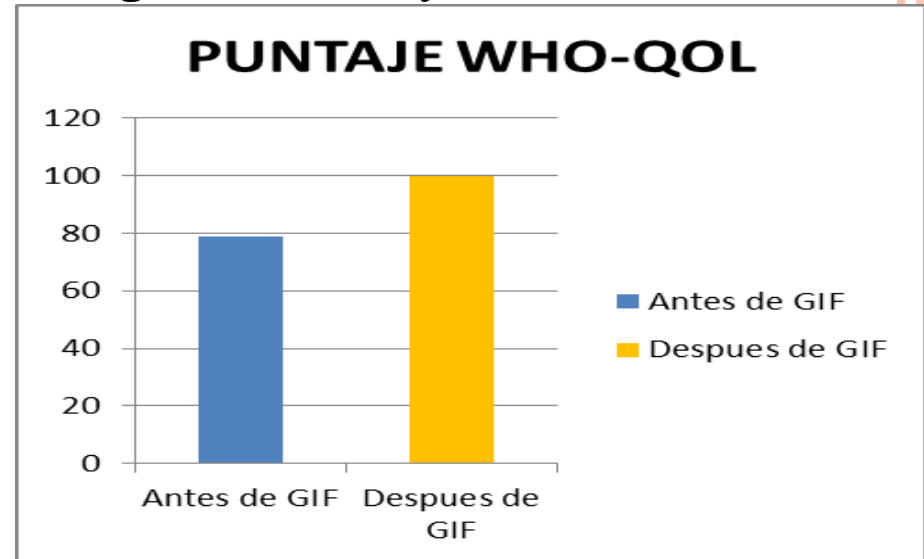
El WHOQOL consta de 26 preguntas, 24 de ellas generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Figura 8: Puntaje de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia

Figura 9: Puntaje de calidad de vida



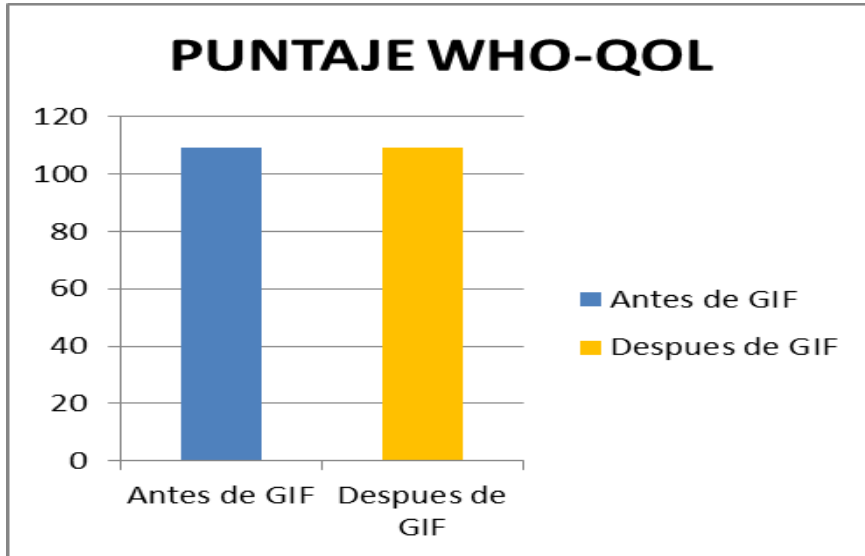
Fuente: Elaboración propia



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

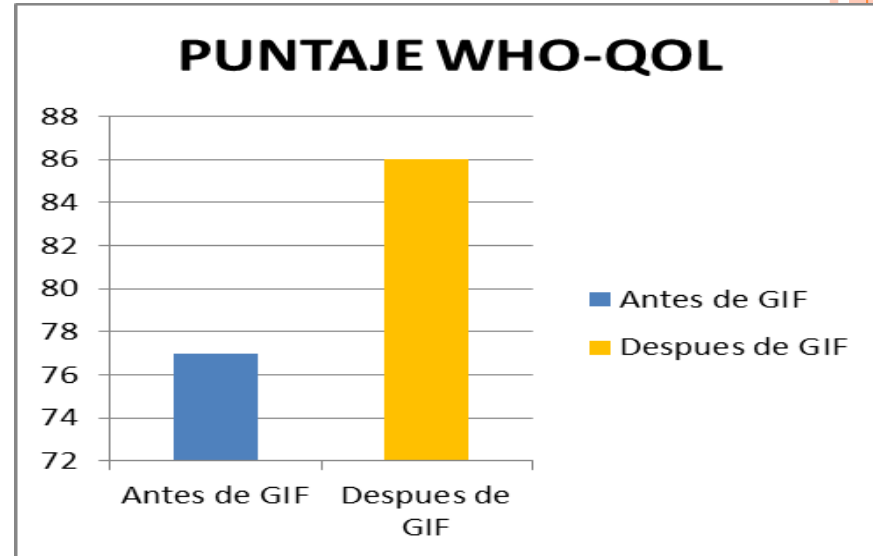
Calidad de vida: WHO-QOL

Figura 10: Puntaje de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia

Figura 11: Puntaje de calidad de vida

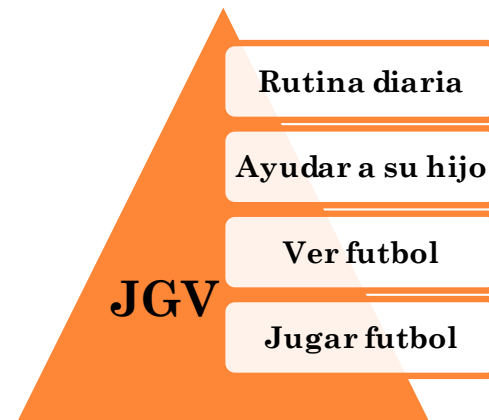
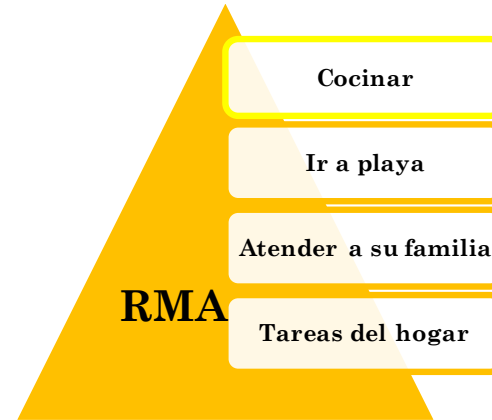
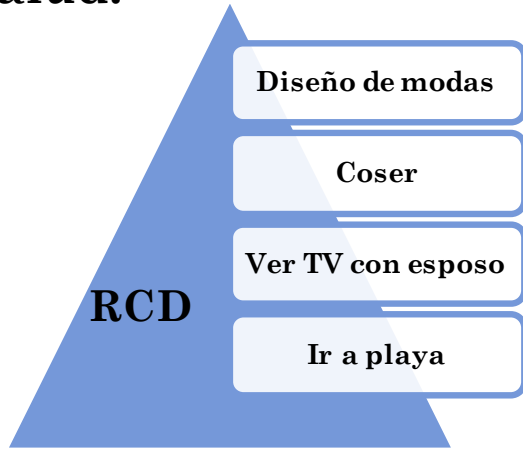


Fuente: Elaboración propia



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Activos en salud:



7. CONCLUSIONES

La Gestión Integral de la Farmacoterapia permitió evaluar antes, durante y después de la intervención los resultados clínicos y calidad de vida de los pacientes de un programa de atención domiciliaria en Barranquilla.

Establecer una relación terapéutica con los pacientes en las entrevistas farmacéuticas domiciliarias, permitió indagar a fondo sobre la experiencia farmacoterapéutica de cada uno de los participantes del estudio, se notó que los pacientes en su domicilio, son más abiertos y brindan mucha más información que en el hospital y de esta forma se identificó los activos en salud de cada paciente.

La Gestión Integral de la Farmacoterapia permitió que la mayoría de las condiciones de salud que presentaban los pacientes y los problemas farmacoterapéuticos detectados (70%) se resolvieran, presentaran mejoría o se mantuvieran estables (evolución favorable).

El cuestionario WHO-QOL, facilitó la valoración de la calidad de vida en dos momentos antes y después de la Gestión Integral de la Farmacoterapia, lo que ayudó a evaluar los cambios en las condiciones clínicas de los pacientes, la relevancia y efectividad de las decisiones e intervenciones en salud.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Majumdar UB, Hunt C, Doupe P, Baum AJ, Heller DJ, Levine EL, et al. Multiple chronic conditions at a major urban health system: A retrospective cross-sectional analysis of frequencies, costs and comorbidity patterns. *BMJ Open*. 2019;9(10):1–10.
- Valcárcel J. El paciente crónico. Merck Sharp and Dohme de España. 2016;10.
- Galindo Ortego G, Esteve IC, Gatus JR, Santiago LG, Lacruz CM, Soler PS. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011;43(2):61–7.
- Lien CTC, Gillespie ND, Struthers AD, McMurdo MET. Heart failure in frail elderly patients: Diagnostic difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. *Eur J Heart Fail*. 2002;4(1):91–8.
- McInnis T, Strand L, Webb CE. Integrating Comprehensive Medication Management to Optimize Patient Outcomes. *Resour Guid*. 2012;(June):A-26.
- Lopez S, Suarez O, Cofiño R. Guía ampliada para la recomendación de activos (prescripción social) en el sistema sanitario. 2018;56. Available from: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf
- Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical care practice: The clinician's guide*. McGraw-Hill; 2004.



8. BIBLIOGRAFÍA

- Zhang JA, Wei Z, Li CG, Sun CB. Piping system design of subsea manifold. *Appl Mech Mater.* 2013;321–324:1779–83.
- Brummel A, Carlson AM. Comprehensive medication management and medication adherence for chronic conditions. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(1):56–62
- Salazar-Ospina A, Carrascal V, Benjumea D, Amariles P. Farmacia Clínica, Atención Farmacéutica: Conceptos, Filosofía, Práctica Profesional y Su Aplicación En el Contexto Colombiano. *Vitae.* 2012;19(1):109–29.
- Sánchez Cárdenas MA, Fuentes Bermúdez GP. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. CES Salud Pública. 2016
- OCGN. Organización Clínica General del Norte [Internet]. 2020. Available from: www.clinicageneraldelnorte.com.
- Prudencio J, Cutler T, Roberts S, Marin S, Wilson M. The effect of clinical pharmacist-led comprehensive medication management on chronic disease state goal attainment in a patient-centered medical home. *J Manag Care Spec Pharm.* 2018;24(5):423–9
- Funk KA, Pestka DL, Roth MT, Carroll JK, Sorensen TD. Primary care providers believe that comprehensive medication management improves their work-life. *J Am Board Fam Med.* 2019;32(4):462–73.



8. BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Health statistics and information systems. WHOQOL: Measuring Quality of Life.
- Servicio Andaluz de Salud. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF. Desarrollo Programas Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía Doc marco. 2010;325–33.
- Morales Asencio JM, de las Nieves CB, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit [Internet]. 2007;21(2):106–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13101036>.
- Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cuba Salud Publica. 2014;40(2):175–89.



MUCHAS GRACIAS!!!

Jesús Enrique Hernández Angulo
Correo electrónico: jenhera23@gmail.com

