



Figura 1 Comparativa de los defectos de calidad (incumplimientos).

de la calidad constituyen un modo de trabajo adecuado para mejorar la calidad de nuestros servicios y, por ende, la calidad de atención recibida por los pacientes. Sin olvidar que esta misma filosofía de trabajo puede emplearse en muchos otros aspectos de la asistencia que prestamos a la población.

Bibliografía

1. Sastre Marcos J, Familiar Casado C, Cánovas Gaillemín B, Marco Martínez A, Vicente Delgado A, López López J. Control de los factores de riesgo cardiovascular y utilización de antiagregación plaquetaria en pacientes con diabetes mellitus. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:76–82.
2. De la Peña Fernández A, Suárez Fernández C, Cuende Melero I, Muñoz Rodríguez M, Garré Cánovas J, Camafort Bagkowski M, et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin (Barc).* 2005;124:44–9.
3. Lobos JM, Royo Bodonada MA, Brotons C, Álvarez Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Semergen.* 2009;35:66–85.
4. Agustí Escasany A, Kreis G. Antiagregación plaquetaria en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. *FMC.* 2007;14:354–60.
5. Sigal R, Malcolm J, Amaoud A. Prevention of cardiovascular events in diabetes. *BMJ Clin Evid.* 2006;2:601–27.
6. Grupo de Trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. *Clin Invest Arterioscl.* 2004;16:74–8.

Dolores Aroca García*, Pahola Gómez Rivas y María Carmen López Lax

Centro de Salud de Santomera, Área de Salud 7, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: darocag@gmail.com (D. Aroca García).

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.008

Análisis del efecto del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hipotiroideos que acuden a una farmacia comunitaria

Analysis of the effects of pharmacotherapeutic follow-up in hypothyroid patients seen in community pharmacy

Sr. Director:

Con el objeto de analizar el efecto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT)¹ en pacientes hipotiroideos e identificar los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo terapéutico de hormonas tiroideas, colesterol total, glucemia, presión arterial y frecuencia cardiaca, se diseñó este estudio cuasiexperimental, sin grupo control, antes-después, que se llevó a cabo en la oficina de Farmacia

Tabla 1 Evolución de los parámetros estudiados a los largo de los 6 meses de seguimiento farmacoterapéutico

| <i>n=20</i> | <i>Inicio</i> | <i>6 meses de SFT</i> | <i>Valor p (inicio; 6 meses)</i> |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------|----------------------------------|
| Media de TSH (DE), (mcUI/ml) | 5,13 (2,48) | 4,00 (1,40) | 0,008 ^a |
| Media de T ₄ (DE), ng/dl | 1,23 (0,14) | 1,21 (0,13) | 0,475 ^a (NS) |
| Pacientes con TSH controlada, % | 35 | 75 | 0,016 ^b |
| Pacientes con SMCT, % | 50 | 10 | 0,021 ^b |
| Media de PAS, mmHg | 125,9 (14,42) | 123,7(13,97) | 0,484 ^a (NS) |
| Media de PAD, mmHg | 68,35 (7,29) | 67,45 (6,59) | 0,566 ^a (NS) |
| Media de FC, pulsaciones/min | 75,80 (9,13) | 71,25 (5,89) | 0,017 ^a |
| Media de GB (DE), mg/dl | 89,45 (10,02) | 89,20 (7,61) | 0,90 ^a (NS) |
| Pacientes con GB controlada, % | 95 | 100 | <0,001 ^c |
| Media de CT (DE), mg/dl | 197,8 (26,26) | 184,6 (20,49) | 0,003 ^a |
| Mejora en el IMC, % | 35 | 100 | 0,020 ^c |
| Media de peso (DE), kg | 69,15 (13,07) | 65,22 (8,35) | 0,016 ^a |
| Presencia de PRM, % | 75 | 40 | 0,006 ^c |
| Presencia de RNM, % | 75 | 40 | 0,006 ^c |
| Número medio de RNM/paciente | 0,90 (0,79) | 0,40 (0,50) | 0,021 ^a |

CT: colesterol total; GB: glucosa basal; NS: no significativo; PRM: problemas relacionados con los medicamentos; RNM: resultados negativos asociados a la medicación; SFT: seguimiento farmacoterapéutico; SMCT: síntomas de mal control tiroideo; T₄: tiroxina; TSH: hormona estimulante del tiroides.

^a Prueba T-Student.

^b Prueba McNemar.

^c Prueba Wilcoxon.

de la Playa de Miramar (Valencia) entre octubre del 2007 y diciembre del 2008.

Los participantes fueron el 100% de los pacientes entre 18 y 85 años diagnosticados de hipotiroidismo y en tratamiento con levotiroxina que acudieron a la farmacia con una receta de esta medicación a su nombre.

A los pacientes se les realizó el SFT utilizando el método Dáder¹ durante 6 meses con visitas de seguimiento a los 0, 3 y 6 meses. En cada visita, el paciente aportó la última analítica, se le pesó y midió la presión arterial y la frecuencia cardíaca. En cada visita se realizó una entrevista al paciente con el objeto de averiguar si existían síntomas de mal control tiroideo (SMCT). Se trabajó con un IC del 95% y se utilizaron T-Student, McNemar y Wilcoxon para encontrar diferencias significativas en las variables antes y después del SFT.

Se incorporaron 20 pacientes, y se pasó de un 35 a un 75% de control en los parámetros tiroideos ($p=0,008^*$), con una reducción significativa del valor medio de TSH. Los valores de T₄ no sufrieron variaciones significativas y la media se mantuvo dentro del rango de la normalidad. Uno de los puntos más importantes de este estudio fue la incorporación del paciente al SFT tras la sospecha de un mal control tiroideo a través de los síntomas informados por el paciente. Estos síntomas fueron debilidad con fatiga y cansancio, aumento de peso, problemas en los ojos (irritación, molestias), bocio y otros. Conseguimos reducir de un 50 a un 15% los SMCT. Aunque los valores medios de PAS y PAD no sufrieron cambios significativos, se pasó de un 40 a un 100% de pacientes con presión arterial óptima ($p=0,001^{***}$). La glucemia basal no mostró cambios significativos, pero sí lo hicieron los valores medios de colesterol total y frecuencia cardíaca, que se redujeron de forma significativa (tabla 1). Una de las principales preocupaciones de los pacientes hipotiroideos es el aumento involuntario de peso² y la dificultad manifestada para disminuirlo, tanto en los pacientes controlados como en los no controlados, por este motivo, se ofreció a todos

ellos el servicio de una dietista en la farmacia, y resultó que todas las personas que hicieron dieta mantuvieron o mejoraron su peso. Se realizaron 10 intervenciones farmacéuticas sobre los medicamentos, que se resolvieron con el aumento de la dosis de levotiroxina por parte del médico y con medidas de educación sanitaria. Los problemas relacionados con los medicamentos³ encontrados fueron problemas de dosis, pauta o administración no adecuada (33%); problemas de salud insuficientemente tratados (17%); otros problemas de salud que afectaban al tratamiento (13%); incumplimiento⁴ (8%) y probabilidad de efectos adversos (4%). Se consiguió reducir de un 8 a un 5% los RNM de necesidad³, de un 55 a un 35% los RNM de efectividad³ y de 12 a un 0% los RNM de seguridad³. El grado de cumplimiento⁴ pasó de un 90 a un 100% ($p=0,500^*$).

Queremos destacar la escasez de trabajos⁵ realizados en personas hipotiroideas, especialmente desde la farmacia comunitaria. Los resultados de este trabajo evidencian la importancia de una intervención farmacéutica coordinada con otros profesionales sanitarios y basada en el SFT y la educación para la salud del paciente hipotiroideo. Además, el SFT contribuye a mejorar algunos de los SMCT al actuar desde la perspectiva del medicamento en colaboración con los profesionales que asisten al paciente.

Bibliografía

- García Jiménez E, Ocaña Arenas A, Torres Antiñolo A. Monografía sobre disfunción tiroidea: guía de seguimiento farmacoterapéutico en hipotiroidismo e hipertiroidismo. Grupo de investigación en Atención farmacéutica. Universidad de Granada. 2006 [consultado 20/10/2007]. Disponible en: <http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es>.
- Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC [consultado 20/3/2008]. Disponible en: http://www.apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

3. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) [consultado 24/4/2008]. Disponible en: <http://www.farmacia.ugr.es/ars/pdf/374.pdf>.
4. Incumplimiento terapéutico. Test de Morisky-Green-Levine [consultado 27/10/2007]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/img/TABLAS>.
5. Plasencia Cano M. Atención farmacéutica en pacientes con disfunción tiroidea [consultado 12/3/2009]. Disponible en: <http://www.external.doyma.es/pdf/4/4v22n08a13051499pdf001.pdf>.

Patricia Bofí Martínez^{a,*}, Emilio García—Jiménez^b y Fernando Martínez Martínez^b

^a Farmacia de la Playa de Miramar, Valencia, España

^b Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mabopy@hotmail.com

(P. Bofí Martínez).

doi:10.1016/j.aprim.2009.12.012

Prevención de riesgos en la atención domiciliaria

Risk prevention in home care

Sr. Director:

La atención domiciliaria (AD) es una de las actividades del equipo de atención primaria (AP) con previsión de incremento en los próximos años¹. A pesar de la mejora cualitativa y cuantitativa de los sistemas de emergencias, no es infrecuente que el médico de familia (MF) y en especial, en el ámbito rural, realice la primera respuesta a una urgencia espontánea fuera del centro de salud que debe resolverse en un corto espacio de tiempo.

El aprendizaje del manejo de estas situaciones y la prevención de exposición a riesgos laborales suelen ser escasos², y a menudo proviene de la experiencia personal adquirida y por transmisión del tutor al residente.

Entre las medidas de actuación, es importante la confirmación telefónica de las llamadas que solicitan AD, ya que además de confirmar la veracidad de la llamada, permite prever el tipo de atención requerida y los recursos materiales, personales y farmacológicos necesarios.

El MF debe evaluar la escena de la AD y elaborar un plan de actuación en función de los riesgos previsibles, anticiparse a las situaciones y observar los riesgos presentes y los que pueden desencadenarse durante la visita de AD. Debe determinar si precisa ayuda precoz y avisar a las Fuerzas de Seguridad, Servicio de Extinción de Incendios o Atención Médica Avanzada, si la situación lo requiere.

También se valorarán los posibles riesgos medioambientales, como desaconsejar el uso de zuecos en las salidas fuera

del Centro de Salud y el uso de bata larga (riesgo de lesión por tracción por elementos móviles), que pueden prevenir accidentes.

El riesgo de agresión por el paciente violento, problemático o difícil es otro a tener en cuenta². Se recomiendan medidas para la detección precoz de los escenarios de riesgo y protocolos de manejo y de contención del paciente violento así como sesiones de manejo de la escena violenta^{2,3}.

El MF debería evaluar si el paciente, acompañantes y lugar de la AD, suponen un riesgo para él y su equipo, y ante un paciente psiquiátrico agresivo, decidir si actuar o esperar a las fuerzas de seguridad y al Servicio Médico Avanzado. De forma similar debe actuarse ante pacientes bajo el efecto de las drogas o familiares en una situación de crisis incontrolable. También el MF debería valorar la falta en la escena de un presunto agresor, que pudiera aparecer súbitamente.

Pueden darse situaciones donde no hay iluminación en el domicilio, o la presencia de animales domésticos que pudieran interpretar la atención médica como una agresión a su propietario.

A veces el MF es reclamado para atender de entrada un accidente laboral o de tráfico. Estas solicitudes aisladas, con un escaso hábito de actuación, y asociadas a la falta de recursos personales, materiales y farmacológicos, pueden llevar a actuar de forma poco adecuada exponiéndose a riesgos innecesarios, si no se toman medidas básicas. Confirmar que los servicios de urgencia tienen conocimiento del accidente, utilizar medidas de protección biológica, estacionar el vehículo donde no dificulte la circulación y garantizar la seguridad del equipo de AP al salir del vehículo pueden minimizar los riesgos. Asimismo, el MF debe conocer las competencias, los recursos disponibles y la legislación al respecto⁴, y contar con un seguro médico.

Finalmente nos parece importante incluir en la formación del médico residente conocimientos sobre prevención de riesgos al realizar asistencia fuera del centro sanitario y establecer un marco de actuación basado en la evaluación de riesgos laborales y gestión del entorno asistencial⁵ para desarrollar una actividad laboral segura, garantizar buenos resultados y prevenir posibles lesiones y problemas legales.

Bibliografía

1. Martín Zurro A. Organización de las actividades en atención primaria: El Centro de salud y el equipo de salud. En: Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª edición. Ed. Elsevier S.A; 2008. p. 33–5.
2. Martín Moreno V, Catalán Alonso B, Cecilia Cermeño P. Prevención de riesgos laborales y vigilancia de la salud en el ámbito médico. Una asignatura pendiente. SEMERGEN. 2007;33:456–62.
3. Blasco Gil RM. Prevención de riesgos para el personal de los servicios de emergencias extrahospitalarias. Emergencias. 2000;12:116–24.
4. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de riesgos laborales. BOE nº 269, de 10 de noviembre de 1995.
5. Palacios Llamazares L, Gens Barberà M, Hernández Vidal N, Anglès Segura T. Relevancia de la gestión del entorno y la seguridad para garantizar una asistencia de calidad. Aten Primaria. 2009;49:109–11.