



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DESDE
LA FARMACIA COMUNITARIA

Autores: Cristina Díaz López ; Beatriz Plaza Prieto

Tutor: María Jesús Rodríguez Martínez

Convocatoria: Junio 2018

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de muerte prematura en todo el mundo.

El objetivo del presente Trabajo Fin de Grado es la realización de una revisión bibliográfica narrativa a través de una búsqueda en diferentes bases de datos y fuentes de información sobre salud, para así recopilar las estrategias de actuación en prevención cardiovascular que se están realizando desde las Farmacias Comunitarias de España.

El Farmacéutico como profesional sanitario, podrá actuar tras una valoración del riesgo cardiovascular global del paciente estableciendo diferentes medidas preventivas, dirigidas a una detección precoz y/o control de factores de riesgo modificables.

Las medidas preventivas resultan prometedoras, pero el desconocimiento de la población y las cifras siguen siendo preocupantes. Por ello, es necesario continuar y reforzar las iniciativas que están actualmente en marcha, así como disminuir la heterogeneidad existente en las estrategias de actuación.

Palabras clave: Farmacia comunitaria; Riesgo cardiovascular; Atención Farmacéutica, Prevención cardiovascular; Factor de riesgo cardiovascular; Enfermedad cardiovascular.

ABSTRACT

Coronary illnesses are one of the main causes of premature death around the globe.

The aim of the undergraduate dissertation is to carry out a bibliographical narrative review through a search in different health databases and information sources in order to compile the different lines of action to prevent coronary disease implemented by the Community Pharmacies in Spain.

Pharmacists, in their dimension as healthcare professionals, are able to act after evaluating an overall coronary risk. In this sense, they can carry out different preventive measures aimed at an early detection and control of modifiable risk factor.

These preventive measures have an important potential but are not known by the population and the figures continue to be alarming. In consequence, it is necessary to continue and enhance the projects that are currently taking place, and to ease the heterogeneous landscape of the existing lines of action.

Key words: Communitary pharmacy ; Cardiovascular disease risk; Pharmaceutical care ; Cardiovascular prevention; Cardiovascular risk factor; Cardiovascular disease.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud define las enfermedades cardiovasculares como el conjunto de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre los que se incluyen: hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas y embolias pulmonares⁽¹⁾.

A día de hoy, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, suponiendo un importante problema de salud pública⁽²⁾.

Por este motivo, la prevención cardiovascular es un factor muy importante. Se define como el conjunto de acciones coordinadas dirigidas a una población , grupo o un individuo con el objetivo de reducir o minimizar el impacto de las enfermedades cardiovasculares y las discapacidades asociadas⁽³⁾.

En función de cada individuo, su enfermedad y sus factores determinantes, la prevención puede ser primordial (dirigida a disminuir la prevalencia de los factores de riesgo), primaria (encaminada a controlar los factores de riesgo) o secundaria (enfocada a disminuir la progresión de la enfermedad cardiovascular)⁽⁴⁾.

Los factores de riesgo cardiovascular se definen como toda característica biológica o hábito de vida que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que lo presentan⁽⁵⁾.

Por lo tanto, cada individuo en base a sus características biológicas y estilo de vida , presentará unos factores de riesgo que influirán directamente sobre la probabilidad de tener un evento cardiovascular en un plazo de tiempo concreto (usualmente 10 años). Esto es lo que se conoce como riesgo cardiovascular⁽³⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Según los datos de la OMS, se estima que 17.5 millones de personas murieron a causa de las enfermedades cardiovasculares en 2012, lo que supone el 31% de las muertes registradas ⁽⁶⁾. Más de tres cuartas partes de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medios, debido a la falta de programas de atención primaria destinados a la detección precoz y el tratamiento temprano de personas expuestas a factores de riesgo ⁽⁷⁾.

En lo que respecta a España, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad, situándose por encima del cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio (fig.1)⁽⁸⁻¹⁰⁾. Dentro de estas, las enfermedades cerebrovasculares van a la cabeza, representando el 21% de las muertes, seguido de “otras enfermedades del corazón” con el 19% y de la insuficiencia cardiaca con un 15% (fig.2) ⁽¹⁰⁾.

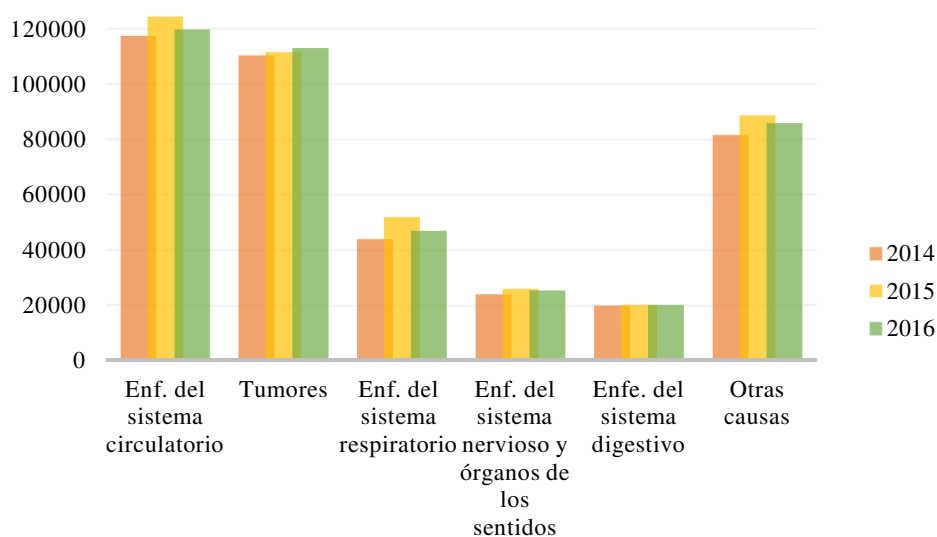


Figura 1. - Comparativa del número de defunciones en la población española, en individuos de ambos sexos desde 2014 a 2016 (8-10) .

Tomando como variable de análisis el sexo, en España murieron más mujeres que varones a causa de las enfermedades cardiovasculares en 2016 (fig.2). Aun así, las enfermedades cerebrovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en ambos sexos, pero cabe destacar la diferencia de mortalidad existente en el infarto agudo de miocardio, siendo la segunda causa en hombres y la sexta en mujeres⁽¹⁰⁾.

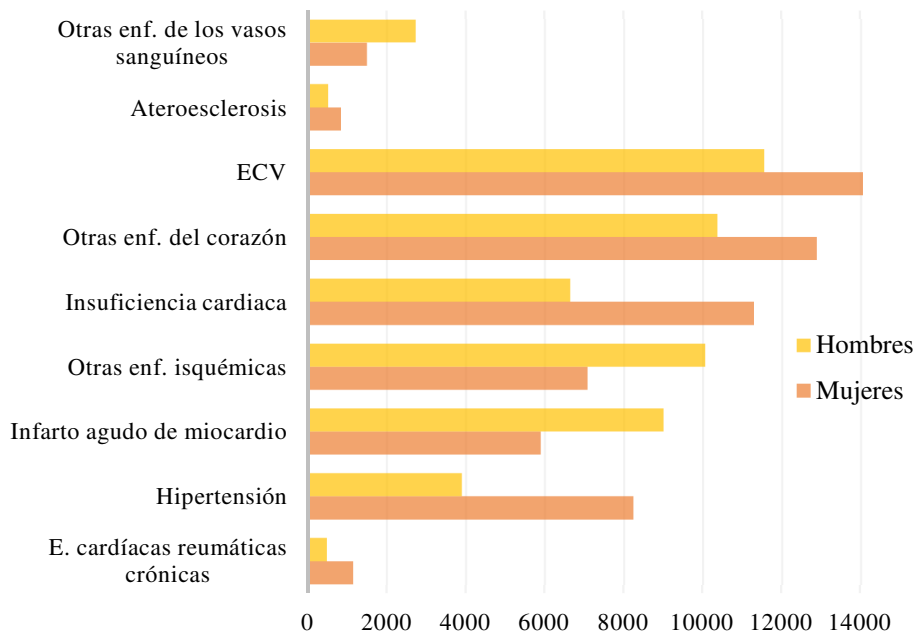


Figura 2. - Comparativa del número de defunciones por enfermedades cardiovasculares en ambos sexos y según el tipo de enfermedad durante el 2016 en España ⁽¹⁰⁾.

Esto no ocurre solo con los datos de mortalidad, ya que la enfermedad cardiovascular supuso más de 5 millones de estancias hospitalarias en 2016, encabezando las cifras de morbilidad en nuestro país⁽¹¹⁾.

Con todos los datos recopilados hasta la fecha, se estiman 23,6 millones de muertes por alguna enfermedad cardiovascular hasta 2030, principalmente por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular. Sin embargo, hay que señalar que el 80% de todas estas muertes podrían evitarse llevando a cabo un estilo de vida saludable⁽⁷⁾.

De todo esto deriva la necesidad de que todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y farmacéuticos) participen conjuntamente en la atención integral a los pacientes con riesgo cardiovascular, con el fin de que el campo de actuación sea completo y conseguir así resultados que optimicen la prevención cardiovascular y conseguir mejorar la calidad de vida del paciente⁽¹²⁾.

El papel de Farmacia Comunitaria en España es privilegiado, debido a su amplia distribución geográfica (cubriendo a la mayoría de la población) y al acceso diario de más de 2.2 millones de personas ⁽⁷⁾. Por ello, los farmacéuticos comunitarios pueden llevar a cabo una extraordinaria labor adoptando medidas destinadas a la prevención directa e indirecta del riesgo cardiovascular a través de la educación sanitaria, determinando y

actuando sobre los factores de riesgo , realizando SFT e incluso interviniendo sobre situaciones de emergencia ante la ausencia de una ayuda sanitaria especializada.

OBJETIVOS

Con el presente Trabajo Fin de Grado, se pretende realizar una revisión bibliográfica narrativa centrada en las estrategias que se llevan a cabo en la Farmacia Comunitaria con respecto a la prevención cardiovascular.

Objetivo general:

Revisar la bibliografía existente sobre la prevención cardiovascular en la Farmacia Comunitaria en España de manera detallada, selectiva y crítica, analizando el impacto de las enfermedades cardiovasculares y la importancia de su prevención.

Objetivos específicos:

- Identificar las estrategias de prevención cardiovascular que se están llevando a cabo hasta la fecha en las Farmacias Comunitarias en España.
- Definir el papel del Farmacéutico como profesional sanitario dentro de la prevención cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del presente Trabajo Fin de Grado en formato Revisión Bibliográfica Narrativa, se ha realizado una búsqueda de la literatura científica existente hasta la fecha, de la que se han seleccionado un total de 19 documentos entre los que se encuentran artículos científicos, guías clínicas, protocolos de actuación y documentos de consenso.

Para la localización de los documentos bibliográficos y con el fin de alcanzar toda la información disponible y actualizada sobre el tema se ha recurrido a la búsqueda electrónica en bases de datos y fuentes documentales específicas de ciencias de la salud:

Bases de datos: Para una búsqueda detallada de bibliografía científica han sido consultadas las siguientes bases de datos: Elsevier, Medline, Dialnet y ScienceDirect. En esta revisión se decidió que la búsqueda de información en las bases de datos se realizaría por palabras clave. Para llevar a cabo la selección de dichas palabras se recurrió a los objetivos de este trabajo, utilizándose las siguientes: Riesgo cardiovascular,

Enfermedades cardiovasculares, Factores de riesgo cardiovascular, Prevención cardiovascular, Farmacia Comunitaria.

En cada base de datos, se realizó una búsqueda separada con las palabras claves anteriores, obteniéndose un número de artículos necesario de cribar. Para su selección, se utilizaron criterios de inclusión/ exclusión que son los que se describen a continuación:

- Acceso a texto completo y gratuito.
- Año de publicación preferentemente de 2014 a 2018. Es el periodo considerado como bibliografía científica actualizada. Dentro de la bibliografía referenciada hay artículos consultados que no se encuentran enmarcados dentro de la fecha mencionada, pero han sido incluidos por tener un alto índice de impacto.
- Idioma: inglés o castellano.

Para determinar si el artículo es útil o no en relación con el tema de estudio, fue suficiente los abstracts o resúmenes, pero en algunos casos fue necesario revisar los artículos completos. También se dictaminó si su contenido tenía información potencialmente útil sobre el papel del farmacéutico dentro de las diferentes enfermedades cardiovasculares: diabetes, hipertensión, hiperlipidemias y obesidad

Revistas: De manera selectiva y por su prestigio o especificidad que tienen frente al tema de estudio, se seleccionaron las siguientes revistas para una búsqueda más amplia, siguiendo los mismos criterios de selección en ellas: Revista Española de Cardiología y Revista Pharmaceutical Care España.

Banco de Archivos de Instituciones Públicas: Organización Mundial de la Salud, Sociedad Española del Corazón, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (Portalfarma), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Otras fuentes de información: Para ampliar la búsqueda, se consultó Fisterra, una web médica para profesionales de atención primaria, donde se encuentran guías clínicas actualizadas y algoritmos de tratamiento.

RESULTADOS

Todas las intervenciones sanitarias que se realicen desde la Farmacia Comunitaria con el objetivo de prevenir la patología cardiovascular deberán de contar con un plan de cribado y seguimiento⁽¹³⁾.

Dentro de los Servicios Farmacéuticos, se encuentra el de “Identificación de factores de riesgo cardiovascular”, un Servicio Complementario que tiene como objetivo la identificación aquellos pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular mediante sencillas pruebas analíticas, para poder establecer medidas preventivas individualizadas siempre que sea necesario ⁽¹⁴⁾.

El punto de partida de todas las actividades preventivas radica en la estimación global del riesgo cardiovascular , siendo la medida más importante para valorar al paciente y poder desarrollar las estrategias preventivas oportunas ⁽¹³⁾. Con el objetivo de realizar una valoración del RCV lo más precisa posible, el Farmacéutico deberá obtener toda la información a su alcance que le permita confirmar la presencia o determinar el grado de control de los distintos factores de RCV, antecedentes personales de ECV o enfermedad renal establecida⁽¹²⁾.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

La evaluación del riesgo cardiovascular desde la Farmacia Comunitaria se realiza con el objetivo de clasificar al paciente en los diferentes grupos de riesgo (bajo, moderado, alto), priorizar las actividades de prevención cardiovascular y definir los objetivos terapéuticos e intensidad con la que deben ser tratados los factores de riesgo.

Para ello se emplearán modelos cualitativos o cuantitativos fundamentados en estudios estadísticos, teniendo en cuenta la presencia y gravedad de los principales factores individuales (edad, género, consumo de tabaco, cifras de PA y valores lipídicos).

En las Farmacias Comunitarias de España, aplicando los criterios reflejados en la Guía ESC 2016 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica, los modelos empleados son fundamentalmente el SCORE, seguido del REGICOR^(3,12).

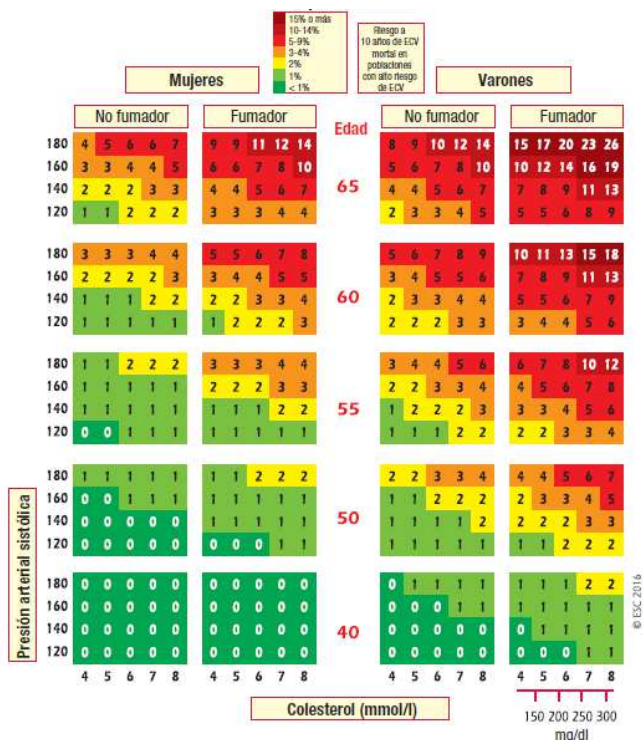


Figura 3.- Tabla SCORE: Riesgo a 10 años de ECV mortal en poblaciones de países de riesgo cardiovascular alto.

Para calcular el RCV global mediante los modelos cuantitativos, se tiene que disponer de ciertos datos del paciente como la edad, sexo, hábito tabáquico, niveles de colesterol o niveles de presión arterial.

Por ejemplo, las tablas SCORE (fig 3.), se fundamentan en los parámetros anteriores permiten estimar el riesgo a 10 años de ECV mortal⁽³⁾. Estas tablas no son algo rígido, ya que existen variantes en función de las características de la población donde se vayan a utilizar.

Por lo tanto, mediante cálculo RCV total del paciente derivarán las estrategias preventivas a poner en marcha, siendo éstas más intensas cuanto mayor sea el riesgo⁽³⁾.

Ahora bien, independientemente de la estimación del RCV, el Farmacéutico podrá intervenir mediante la identificación, control y seguimiento de aquellos factores de riesgo mayores (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y diabetes mellitus), asesorar e implicar a los pacientes en el control de su riesgo cardiovascular y/o colaborar con el resto de sanitarios para guiar al paciente en el control de su riesgo cardiovascular⁽⁷⁾.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial una patología con gran prevalencia en la población española y considerada factor de riesgo mayor⁽¹⁵⁾. Por ello, es importante realizar un plan de cribado de pacientes con HTA, así como el control y seguimiento de aquellos pacientes hipertensos que van a las farmacias a recoger su medicación o medirse la tensión⁽¹²⁾.

En la actualidad, el control y seguimiento del paciente hipertenso, sigue siendo insuficiente. Las recomendaciones establecidas en el Documento de Consenso Español para la Evaluación y Tratamiento de HTA, así como las guías nacionales e internacionales, sugieren no limitar la medida de la presión arterial a la Farmacia

Comunitaria (MAFC) , sino emplear otros métodos complementarios como la Automedida de la Presión Arterial (AMPA) o la Medida Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), con el propósito de mejorar como el control y seguimiento de la hipertensión de los pacientes ⁽¹²⁾.

Definición de los diferentes métodos de medida:

- Medida Aislada en Farmacia Comunitario (MAFC): medida realizada en la farmacia comunitario con arreglo a las guías internacionales mediante un tensiómetro oscilométrico clínicamente validado y calibrado con hasta tres tomas en caso necesario separadas por dos minutos⁽¹⁵⁾.
- Automedida de la PA (AMPA): medidas triples de la PA mediante tensiómetro oscilométrico clínicamente validado y calibrado, por la mañana y por la tarde, durante varios días seguidos, generalmente en el domicilio o ambiente cotidiano del paciente y ejecutado por él mismo (o por un cuidador entrenado), previa instrucción de manejo en la farmacia⁽¹⁶⁾.
- Medida ambulatoria de la PA (MAPA): medidas continuadas de la PA mediante tensiómetro automatizado clínicamente validado y calibrado, cada 15-30 minutos, durante 24/48 horas, incluida la noche⁽¹⁵⁾.

Los objetivos de estas técnicas de medición son comunes ya que pretenden mejorar el grado de control de la presión arterial, conseguir un empoderamiento del paciente y realizar informes estandarizados con los resultados obtenidos que puedan ser compartidos con médicos u otros profesionales sanitarios.

La población diana para estas técnicas es muy variada, desde un paciente ya diagnosticado de hipertensión que esté en tratamiento que quiera beneficiarse de un control y seguimiento en la farmacia, hasta un paciente de cualquier edad que presente síntomas propios de un hipertenso ⁽¹⁵⁾. La diferencia radicará en la elección de la técnica de medición, ajustándose la situación y a las necesidades de cada paciente. Por ejemplo, la MAFC, la técnica más apropiada para un paciente con sospecha de hipertensión de bata

blanca, o la AMPA la técnica recomendada en el caso de detección de patrón nocturno de PA.

En todas las técnicas de medición, el Farmacéutico ha de establecer protocolos que aseguren la correcta realización de cada uno de los métodos. Cada Farmacia deberá desarrollar su propio PNT, partiendo de protocolos estándares que deberán ser seguidos y conocidos por todo el equipo de trabajo⁽¹²⁾.

En el transcurso del servicio, el farmacéutico puede detectar situaciones que precisen de intervención adicional, debiendo derivar al paciente al médico. Dicha derivación deberá de quedar reflejada en el informe del servicio, así como en el PNT realizado, donde se especificarán las circunstancias que la determinen.⁽¹⁵⁾

TABAQUISMO

El tabaco es un factor de riesgo cardiovascular debido a las sustancias nocivas contenidas en los cigarrillos como la nicotina, que incrementa los niveles de LDL y reduce los de HDL, o el monóxido de carbono, que disminuye el aporte de oxígeno al miocardio y provoca alteraciones en la agregabilidad plaquetaria. Por ello, el individuo fumador tiene tres veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular que uno no fumador⁽²⁾.

Según los últimos datos del INE, la prevalencia del tabaquismo en nuestro país es del 24%⁽¹⁷⁾, lo que supone un importante problema de salud pública, ya que es responsable de altas tasas de morbilidad y mortalidad.

La Atención Farmacéutica en el tabaquismo tiene como misión, a través de un sistema de apoyo individualizado y adaptado a las características específicas del usuario, que el fumador supere su dependencia y deje de fumar con un procedimiento guiado por el farmacéutico. El tratamiento de deshabituación tiene dos aspectos complementarios: psicológico y farmacológico⁽¹⁸⁾.

1. Intervención mínima: el farmacéutico ofrece consejo sistemático acompañado de información escrita y oral con el fin de fomentar la motivación para dejar de fumar.

Esto se puede realizar por ejemplo cuando el paciente fumador va a la Farmacia a solicitar medicamentos antitusivos o productos de higiene bucodental.

2. Intervención en el proceso de abandono del hábito tabáquico: incluye aspectos conductuales tales como el registro diario de cigarrillos. Aquí es importante la identificación de situaciones de riesgo y el desarrollo de estrategias para evitar recaídas⁽¹⁹⁾.
3. Intervención avanzada: se puede realizar a través del Seguimiento Farmacoterapéutico. Aquí, a través de citas concertadas farmacéutico – paciente se realiza una valoración del síndrome de abstinencia, ajuste de medicación si fuera necesario, etc.

En lo que concierne a la Indicación Farmacéutica, cuando el paciente pregunta en la Farmacia “¿*Qué me da para dejar de fumar?*”, el farmacéutico tiene valorar al paciente mediante una entrevista y además de ciertos datos como el sexo, edad, etc. deberá de obtener una serie de valores procedentes del Test de Fagerström, niveles nicotina absorbida tomados con el cooxímetro, grado de motivación para la deshabitación tabáquica mediante el test de Richmond y estadio de dependencia tabáquica mediante el Test de Prochaska y DiClemente⁽¹⁹⁾.

Una vez valorado el paciente, el farmacéutico podrá llevar a cabo la dispensación de un tratamiento farmacológico que no requiera prescripción médica, en este caso, terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

Con respecto al Seguimiento Farmacoterapéutico, en cada visita a la Farmacia, el paciente será valorado en cuanto a la adherencia al tratamiento, RAM, síndrome de abstinencia prevención de recaídas, ajustes de dosis, etc.

También cabe la posibilidad de que el farmacéutico derive al médico de Atención primaria en caso de que el paciente sea menor de 18 años, tenga una clínica depresiva, presente insuficiencia hepática o renal, etc⁽¹⁸⁾.

DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce⁽²⁰⁾. Es considerada factor de riesgo mayor debido a que aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de sufrir un evento cardiovascular por las complicaciones vasculares que presenta⁽²¹⁾.

La actuación del Farmacéutico Comunitario en la diabetes será fundamental para informar y concienciar al paciente sobre la importancia derivada del control de su patología, con el objetivo de prevenir un evento cardiovascular. Su actuación puede resumirse en: detección precoz de la diabetes, oferta de educación diabetológica, Dispensación activa, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico⁽²²⁾.

Para realizar una detección precoz de la diabetes desde la Farmacia, se puede recurrir al Test de Riesgo de la Asociación Americana de Diabetes (tabla1)⁽²¹⁾:

Tabla 1. -Directrices para la detección de la Diabetes en la Farmacia Comunitaria.

DETECCIÓN DE LA DIABETES EN LA FARMACIA COMUNITARIA
Población diana: personas que aleatoriamente entran en la Farmacia Comunitaria, son mayores de 35 años y nunca se les ha diagnosticado diabetes.
Test de riesgo de la Asociación Americana de Diabetes (ADA): <ul style="list-style-type: none">• Soy una mujer que ha tenido un hijo/a con un peso superior a 4.1kg al nacer (1 punto)• Tengo un hermano/a con diabetes (1 punto)• Mi padre o madre tienen diabetes (1 punto)• Tengo exceso de peso (5 puntos)• Tengo menos de 65 años y realizo poco o ningún ejercicio (5 puntos)• Tengo entre 45 y 65 años (5 puntos)• Tengo 65 años o más (9 puntos)
Qué hacer según el resultado <ul style="list-style-type: none">• Si es menor a 10 puntos: presenta un riesgo bajo de padecer diabetes ahora. Finalizar la actuación ofreciendo consejos para prevenir la aparición de diabetes.• Si presenta 10 puntos o más: hay factores de riesgo de padecer diabetes. Se debe de realizar una determinación de glucosa capilar, este el paciente o no en ayunas.
Tras la determinación de la glucosa capilar: Si el resultado de la prueba es mayor de 100 mg/ dl en sangre en ayunas o si es mayor de 120 mg/ dl en sangre cuando el paciente no está en ayunas, se deberá derivar el paciente al médico para que realice las pruebas oportunas, diagnostique o descarte la enfermedad y prescriba tratamiento. Si los valores son inferiores, hay que finalizar la actuación ofreciendo consejos para prevenir la aparición de diabetes.
Seguimiento: Después de la derivación, se deberá contactar con el paciente para conocer la situación tras la consulta con el médico y, en caso de padecer diabetes, ofrecer la posibilidad de SFT.

No sólo es importante la detección precoz, sino también una buena educación sanitaria en el paciente diabético. Aquí farmacéutico deberá informar sobre temas relacionados con aspectos nutricionales (concepto de dieta equilibrada, diferenciación entre hidratos de carbono de absorción lenta y rápida, edulcorantes, postres o bebidas permitidas, etc.), insulinas (tipos, mecanismos de acción, técnicas de administración, conservación, intervalos de administración entre las comidas, etc.), ejercicio físico, complicaciones crónicas y medidas de autocontrol tanto terapéuticas como de estilo de vida que deberían de ser asumidas por el paciente para conseguir un buen control de su enfermedad (control de peso, control de glucemia capilar, autoexamen de pies para prevenir o detectar el “pie diabético”, etc.)^(21,22). En este caso, es importante que el farmacéutico y el resto de profesionales sanitarios motiven al paciente para llevar a cabo un buen control de su enfermedad y que éste sea partícipe en el cuidado de su salud.

En lo que respecta a la dispensación activa, se actuará teniendo en cuenta que los antidiabéticos son medicamentos sujetos a prescripción médica y aportando siempre la información necesaria al paciente para el correcto uso del medicamento. Al igual ocurre con los servicios de Indicación farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico, cuyo fundamento no dista del realizado en el resto de patologías, pero siempre teniendo en cuenta las características y peculiaridades de la diabetes⁽²³⁾.

SOBREPESO Y OBESIDAD

Obesidad y sobrepeso son factores de riesgo cardiovascular, ya que pueden derivar en patologías crónicas como Diabetes Mellitus, HTA, alteraciones lipídicas, arterosclerosis, así como sus consecuencias: trombosis, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular⁽²⁴⁾.

Desde la Farmacia Comunitaria, se ofertan servicios para la pérdida de peso que comprenden una serie de medidas dirigidas sobre todo al paciente mayor de 18 años con IMC entre 25 y 40, debido a que son los de mayor riesgo CV y menor calidad de vida. Para la puesta en marcha de éste es importante que el paciente debe de estar motivado y comprometido con su objetivo⁽²⁵⁾.

Para poder valorar al paciente, se procederá a recopilar una serie de datos mediante una plantilla como la que se muestra en la *Figura 4* a través de una entrevista inicial para ver los hábitos dietéticos del paciente, su estado nutricional y la existencia de posibles causas de remisión al médico. Se tomará inicialmente el peso del paciente con ropa ligera y la talla sin calzado, con los pies juntos a la altura de los tobillos y contra el dispositivo de medición. ⁽²⁵⁾

Nombre y apellidos		Dirección		Teléfono:			
Edad:	Sexo:	Altura:	Altura ² :				
<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad en la familia					
<input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad en la infancia		<input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad en la adolescencia					
Enfermedades actuales: _____							
Medicación que toma de forma habitual: _____							
¿Están relacionadas con el aumento de peso? _____							
Semana	Fecha	Peso	IMC	PA sistólica	PA diastólica	Colesterolemia	Glucemia
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
Observaciones: _____							

Figura 4.- Hoja de recogida de datos para pacientes participantes en el control y seguimiento de sus hábitos de vida.

La intervención del farmacéutico consiste en conseguir de forma progresiva un cambio en los hábitos de vida del paciente, insistiendo en la importancia de la pérdida de peso de forma saludable a través de una buena dieta y ejercicio físico adaptados a las necesidades de cada individuo⁽²⁶⁾. El seguimiento se hará de forma semanal con su correspondiente entrevista y se registrarán los datos del peso y posibles cambios en el estado de salud el paciente. Si éste tiene alguna enfermedad asociada, se registrará su evolución y se motivará a los pacientes tratados con medicamentos cuyos efectos adversos derivan en un aumento de peso⁽²⁵⁾.

Además, el farmacéutico puede realizar Indicación Farmacéutica de aquellos medicamentos autorizados como coadyuvantes en el tratamiento del sobrepeso u obesidad (por ejemplo, la goma guar). Informando al paciente sobre la inexistencia de “Dietas milagro” ni “Remedios secretos e inmediatos”, la pérdida de peso es un proceso largo que conlleva, compromiso, constancia y paciencia⁽²⁶⁾.

DISLIPEMIAS

La hipertigliceridemia, hipercolesterolemia y niveles de HDL disminuidos, son considerados factores de riesgo cardiovascular. Por ello es importante conocer el perfil lipídico de los pacientes para poder definir las diferentes estrategias de abordaje⁽²⁷⁾.

La arteriosclerosis es causa subyacente a las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y vasculares periféricas, por lo que adquiere gran importancia tanto el control de lípidos plasmáticos como el diagnóstico global del riesgo⁽²⁸⁾.

Dentro de los Servicios que se ofertan desde la Farmacia Comunitaria, se encuentra la “Verificación de parámetros biológicos”, donde se incluye la prueba para la determinación del colesterol capilar *in situ* a todos aquellos pacientes que lo soliciten o aquellos a los que se les ofrezca el servicio y accedan ⁽¹⁴⁾. Esto es un medio útil a la hora de reducir el número de visitas del paciente a los Centros sanitarios, permite una detección precoz del paciente con dislipemias y realizar Seguimiento Farmacoterapéutico siempre que fuera necesario.

Los valores obtenidos de la determinación de triglicéridos y sobre todo de colesterol, serán muy importantes a la hora de la valoración realizada por el Farmacéutico y podrán guiar su actuación dentro del campo de la prevención primaria o secundaria, basándose en estrategias ya establecidas en la Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes con dislipemias⁽²⁷⁾.

La prevención primaria deberá de llevarse a cabo en hombres de 35 a 74 años y mujeres de 45 a 74 años que no presenten ningún evento o enfermedad cardiovascular. Tras la determinación analítica de los niveles de colesterol total, se procederá a tomar diferentes medidas farmacológicas y/o no farmacológicas en función de los valores obtenidos.

En los casos de que se tengan que tomar medidas de prevención secundaria, la población diana será aquellos pacientes que tengan o hayan presentado un evento cardiovascular. Aquí, lo más importante para tomar una ruta u otra de actuación son los niveles de colesterol LDL, pero tendrá un mayor peso el control y buen uso de la medicación. En estos casos, el Farmacéutico es el indicado para realizar Seguimiento Farmacoterapéutico

en pacientes que tengan prescrito fármacos hipolipemiantes como las estatinas y abogar por un uso racional de los mismos⁽²⁹⁾.

En cuanto a las no farmacológicas, se debe aconsejar e informar en todo lo relacionado con los hábitos higiénico-dietéticos, con el objetivo de que el paciente mejore su calidad de vida y tenga lo más controlado posible sus niveles de colesterol y triglicéridos⁽²⁷⁾.

EDUCACIÓN SANITARIA

La educación sanitaria se encuentra clasificada dentro de los Servicios Esenciales que presta la Farmacia Comunitaria. Su principal objetivo es fomentar entre la población los hábitos de vida saludables desde la Farmacia como estrategia para promocionar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente⁽¹⁴⁾.

La educación al paciente no debe limitarse a una asimilación de los conocimientos proporcionados por el farmacéutico, sino que el paciente debe consolidarlos y ponerlos en práctica. Por ello, constituye un elemento clave en la prevención y tratamiento del RCV.⁽³⁰⁾

Antes de iniciar la educación sanitaria se debe de identificar la necesidad de ésta y ofertar el servicio al paciente. Una vez aceptado, se evaluarán las necesidades educativas para elaborar un plan adaptado a cada paciente y se marcarán unos objetivos específicos.⁽²⁸⁾

Los aspectos más importantes en la educación sanitaria son:

Estilo de vida saludable: cada paciente deberá recibir información sobre los factores de riesgo cardiovasculares (tabaco, presión arterial elevada, alcohol, colesterol alto, etc.): en qué consisten, cómo se manifiestan y las consecuencias a corto y largo plazo. Será importante capacitar al paciente para que adopte medidas higiénico dietéticas que contribuyan al control de sus factores de riesgo o problemas cardiovasculares y que ayuden a la consecución de los objetivos establecidos⁽²⁸⁾.

Autoanálisis: el paciente deberá ser instruido por el farmacéutico comunitario para que pueda conocer la evolución de sus factores de riesgo, explicándole como debe de interpretar ciertos parámetros que permitan valorar la efectividad y seguridad de su tratamiento o hábitos higiénico – dietéticos propuestos.

Información sobre el medicamento : el farmacéutico comunitario deberá hacer consciente al paciente acerca de la importancia del uso racional de los fármacos que está empleando para sus patologías, reforzar el motivo por el cual es utilizado cada tratamiento farmacológico , explicar los beneficios derivados del uso del tratamiento, advertir sobre las dificultades que pueda presentar en la adherencia terapéutica, informar sobre los efectos adversos de la medicación que esté tomando el paciente y las posibles interacciones tanto con otros fármacos como con alimentos.

Es necesario llevar a cabo una evaluación del programa educativo de cada paciente antes, durante y después para ver si los resultados derivados de la puesta en marcha de este son buenos y ver en qué se puede mejorar.

ACTUACIÓN FRENTE A EMERGENCIAS SANITARIAS

El Farmacéutico, como el resto de profesional sanitario, debe de estar preparado y contar con la formación necesaria para actuar frente a una situación de emergencia sanitaria.

Por la elevada incidencia que presentan las Enfermedades cardiovasculares y el poco tiempo del que se dispone para actuar en ciertos episodios cardíacos , Barcelona fue pionera en la instalación de desfibriladores automáticos en las Farmacias asegurando que la proximidad y la accesibilidad de estas eran factores clave⁽³¹⁾.

A esta iniciativa se han ido sumando otras Comunidades Autónomas como Sevilla en el año 2015, con su proyecto “Red de Farmacias de Sevilla Cardioaseguradas” promovido por la fundación Avenzoar⁽³²⁾, o Valencia el año pasado, promovido por el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos, alegando la importancia de la existencia de estos dispositivos como salva vidas en las Farmacias⁽³³⁾.

DISCUSIÓN

Las campañas sanitarias y programas educativos, así como métodos de detección, control y seguimiento de factores de riesgo están en continuo aumento. La información dirigida al ciudadano sobre los diferentes factores de riesgo cardiovascular aumenta, pero el control de éstos por la población es todavía deficiente ya que una minoría de pacientes es

capaz de alcanzar sus objetivos terapéuticos. Pero no solo hay que centrarse en la información, sino que la actuación de profesionales sanitarios e instituciones para ayudar a abordar todos los factores de riesgo y disminuir el número de accidentes cardiovasculares es imprescindible. Sí es cierto que las cifras descienden, pero muy poco a poco. A parte de la colaboración interdisciplinar que tiene que existir entre los profesionales de la salud, cabe destacar el papel privilegiado que tiene la Farmacia Comunitaria, desde donde se puede concienciar y ayudar al paciente, gracias a su accesibilidad y por ello, las estrategias preventivas deben reforzarse e ir en aumento a la par que la investigación en Atención Farmacéutica. Pero todavía queda mucho por hacer y así lo refleja un estudio publicado en 2014 en la revista *Medicina Clínica*, donde afirma que la variabilidad de actuación entre las Comunidades Autónomas es todavía palpable y sigue habiendo cierto desconocimiento sobre los factores de riesgo entre la población.

Todo el personal que trabaja en Farmacia Comunitaria debería concienciarse de la importancia de la prevención cardiovascular y participar activamente en los programas y servicios que se ofertan desde las Farmacias. El Farmacéutico y resto de profesional sanitario debe de estar en continua formación y colaborar activamente con los programas formativos que pone en marcha las administraciones públicas como el programa de capacitación CESAR en la cesación de la deshabituación tabáquica, la Campaña Mundial para la medida de la Presión Arterial “MMM18” puesta en marcha en mayo de este año o proyectos como el que impulsó el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Toledo el pasado mes de abril para la detección del riesgo cardiovascular en las Farmacias.

A pesar de todas las medidas implantadas para llevar a cabo un buen control y seguimiento de los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares, los resultados son todavía poco prometedores. Por todo ello, es necesario continuar y reforzar las iniciativas que están actualmente en marcha y extender la implantación de una Guía de Prevención Cardiovascular consensuada, evitando la heterogeneidad de actuación existente entre las diferentes CCAA.

CONCLUSIÓN

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, se puede decir que los programas de formación y las campañas sanitarias sobre los principales factores de riesgo van en aumento.

Además, muchas de estas estrategias se enfocan para llevar a cabo desde la Farmacia Comunitaria, atribuyendo al farmacéutico un rol fundamental, aprovechando su situación de proximidad y accesibilidad para los pacientes, utilizando las diferentes herramientas que tiene el farmacéutico para “llegar” al paciente cómo es la Dispensación, SFT o Educación Sanitaria. Es cierto que gracias a todas las iniciativas que se están llevando a cabo, las cifras tienden a disminuir, pero aún hacen falta más para conseguir reducir el número de muertes por accidentes cardiovasculares y ahí es donde tiene lugar el papel del Farmacéutico como profesional sanitario en colaboración con la Administración Sanitaria y el resto de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? [Internet]. WHO. [citado 2018 May 12]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/
2. Plaza Celemín, L. Disminuir la enfermedad cardiovascular; un objetivo prioritario. Informe sobre la enfermedad cardiovascular en España. 2015; 24.
3. Autores/Miembros del grupo de trabajo: Massimo F. Piepoli, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2016 Oct; 69(10): 939.e1-939.e87.
4. Lobos JM, Royo-Bordonada MÁ, 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. 2008; 27.
5. Terrados N, & Valcárcel G. Los nuevos factores de riesgo cardiovascular y la actividad física. 2010; 8.
6. OMS | Enfermedades cardiovasculares [Internet]. WHO. [citado 2018 Mar 13]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
7. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Punto Farmacológico nº 103. Prevención del riesgo cardiovascular. 2016 Mar; 41.
8. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2014. Tablas Nacionales. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad [Internet]. [citado 2018 May 12]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=01001.px>
9. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2015. Tablas Nacionales. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01001.px>
10. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2016. Tablas Nacionales. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=01001.px>

11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2016. Tablas nacionales. Estancias causadas según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p414/a2016/10/&file=01010.px>
12. Sabater-Hernández D, de la Sierra A, Bellver-Monzó O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregosa Z, et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión resumida. *Hipertens Riesgo Vasc.* : 169-81.
13. Taira BA, Callejo EJ, Parra JG, Belio JM, Fustero JZ, Quintana JP, et al. Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular. 2016 Oct; 36.
14. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Servicios Farmacéuticos. Definición y remuneración. 2013 May; 47.
15. Penín O, Satué E, Tous S, Villasuso N, Baixauli VJ, & Molinero A. Especificaciones del servicio de medición y control de la presión arterial mediante MAFC, AMPA y MAPA. *Farm Comunitarios*. 2016 Jun; 8(2): 16-23.
16. Guía clínica de Automedida de la presión arterial (AMPA) [Internet]. [citado 2018 May 15]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/automedida-presion-arterial-ampa/>
17. Instituto Nacional de Estadística. Determinantes en Salud. Cifras relativas. Tablas Nacionales. Consumo de tabaco según sexo y grupo. Población de 15 y más años. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p06/10/&file=06017.px>
18. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Torell R, M^a J, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Abr; 83(2): 175-200.
19. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Punto Faracológico n^o 116. «Tabaquismo y deshabituación». 2017.
20. OMS | Diabetes [Internet]. WHO. [citado 2018 May 9]. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
21. GuíaSalud. Guía Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Versión resumida. Definición, historia natural, criterios diagnósticos y cribado de DM 2. [Internet]. [citado 2018 May 2]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/diabetes/resumida/apartado03/definicion01.html>
22. Maidana GM, Zully V, Samaniego L, Acosta P, Mastroianni P, Lugo GB, et al. Intervenciones Farmaceuticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ars Pharm Internet*. 2017 Mar; 58(1): 21-8.
23. Atención farmacéutica integral del paciente diabético. Farmacia comunitaria como centro sanitario para el control de estos pacientes | Farmacéuticos Comunitarios [Internet]. [citado 2018 May 2]. Disponible en: <http://farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/atencion-farmaceutica-integral-del-paciente-diabetico-farmacia-comunitaria-como>

24. Obesidad y sobrepeso [Internet]. World Health Organization. [citado 2018 May 15]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
25. Suárez de Venegas Sanz C, De Miguel Crisóstomo E, & Aguas Solo de Zaldívar Y. Sobrepeso y obesidad. *Farm Prof.* : 50-7.
26. Fuentes J.E MM. Atención Farmacéutica en Obesidad. Utilidad de plantas medicinales en su tratamiento. *Farmaceutical Journal*. 2016; 1(2): 143-9.
27. Tuneu i Valls L, Gastelurrutia MÁ, Fernández-Llimós F, & Faus Dáder MJ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre dislipemias. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada; 2003.
28. Rafael Rondanelli I, & Rafael Rondanelli S. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2014 Ene; 25(1): 69-77.
29. Úbeda Pascual A, D' Ocon Navaza M P FEF Peris Molina MT. Algoritmo de actuación en la farmacia comunitaria para optimizar la utilización de estatinas. *Pharm Care Esp*. 2015; 17(1): 272-86.
30. Integrantes del Foro en A.F. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso. [Internet]. 2008. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/804/foro_at_farma.pdf
31. March J. El Dr Josep Brugada aboga por un papel más activo del farmacéutico en las enfermedades cardiovasculares [Internet]. [citado 2018 May 6]. Disponible en: <http://www.elfarmaceutico.es/index.php/noticias-actualidad-farmaceutica/item/5751-el-dr-josep-brugada-aboga-por-un-papel-mas-activo-del-farmaceutico-en-las-enfermedades-cardiovasculares>
32. March J. Presentado el programa «Red de Farmacias de Sevilla Cardioaseguradas» [Internet]. [citado 2018 May 6]. Disponible en: <http://www.elfarmaceutico.es/index.php/noticias-actualidad-farmaceutica/item/6428-presentado-el-programa-red-de-farmacias-de-sevilla-cardioaseguradas>
33. March J. El COF de Valencia se convierte en un espacio cardioprotegido [Internet]. [citado 2018 May 6]. Disponible en: <http://www.elfarmaceutico.es/index.php/noticias-actualidad-farmaceutica/item/8320-el-cof-de-valencia-se-convierte-en-un-espacio-cardioprotegido>