



FACULTAD DE FARMACIA

ESCUELA DE QUIMICA Y FARMACIA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y UNA
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO ADOSADO
DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE

Internado para optar al título de Químico Farmacéutico

ALEJANDRA ROSMERY CABRERA HUERTA

Director de Internado: Prof. Patricia Acuña Johnson

Co-director de Internado: QF. Nilda Sánchez Toro

2015

*Dedicado a mis padres que estuvieron en cada momento...
Gracias por apoyarme y darme fuerzas cuando más lo necesité.
Y a mis abuelitos lita y Oscar que siempre han estado conmigo.*

Quiero agradecer a todas aquellas personas que estuvieron presente durante estos años de mi carrera, en especial a mis padres quienes me contuvieron en aquellos momentos más difíciles, cuando pensaba que no había solución y me daba por vencida, siempre tenían palabras de aliento y de confianza, sin ustedes no podría haber logrado finalizar esta etapa tan importante y única en mi vida. Gracias por confiar en mis capacidades, por impulsarme con tanta fe y entregarme las herramientas necesarias. También agradecer a mis hermanas que siempre han confiado en mí, gracias por su tiempo y comprensión durante estos años. Estoy feliz y agradecida de la bella familia que somos, los amo. Y por supuesto a toda mi familia que ha estado siempre presente, en especial a la tía verito.

Por otra parte, al CAE, donde realicé mi internado, fueron un apoyo fundamental, me acogieron con mucho cariño y compartimos muchos momentos lindos, gracias, en especial a la Srta Nilda, quien estuvo cada momento guiándome, resolviendo mis dudas y apoyandome. Al fin terminamos el trabajo, a pesar de todas las dificultades que se nos presentaron. La aprecio mucho, sé que seguiremos viéndonos y quien sabe si un día trabajaremos juntas, yo feliz de ser parte del CAE, una segunda familia. También conocí a Leslie una personita muy generosa, gracias por tu ayuda y preocupación. A todas las niñas del CAE, Cindy, Gisel, Paty, Joce, Maca, Vale, y los hombres por supuesto, Emilio y Adrián, gracias por la paciencia y ayuda que me brindaron durante el internado, los aprecio mucho.

Por otra parte, agradecer a otras personas que conocí en el Hospital Dr. Gustavo Fricke, a Jorge Leiva por su cooperación y en especial a Sergio Ramos quien junto a Nilda Sánchez fueron un gran aporte y ayuda en mi trabajo de internado y en la presentación final. No tengo palabras!

También agradecer a la profesora Patricia Acuña quien me ayudó y permitió que este trabajo fuera posible.

Finalmente agradecer a una personita que se ha convertido en un apoyo esencial en mi vida, en estos últimos meses, a ti Juan Carlos Aguirre. Llegaste a mi vida justo en este proceso tan importante de la carrera, tú mejor que nadie sabe lo que significa estudiar Química y Farmacia, admiro tu paciencia, tu ayuda, comprensión y dedicación en todo lo que haces. Sé que seguirás en mi camino... TE AMO mi bonito!!

Agradecer también a todos mis compañeros de la universidad que siempre me apoyaron y, en especial a ti carla que me ayudaste tanto en las últimas dos semanas en la entrega del borrador, sé que nos irá muy bien. Y a mis amigas la Naty, la Dani y la cata que me ayudaron muchísimo. Finalmente a mi querida y casi colegui, la Marce, siempre presente y en cada momento que más lo necesite, y también a la chío y a la cata. A todos los quiero muchísimo y les agradezco inmensamente por estar siempre junto a mí.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1-9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
PACIENTES Y MÉTODOS	12
1.- Diseño del estudio	12
2.- Pacientes	12
3.- Método	13-16
4.- Análisis Estadístico.....	17
5. Consideraciones Éticas.....	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	64

RESUMEN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica inflamatoria y de etiología desconocida, que afecta principalmente a las articulaciones, provocando diversos grados de sufrimiento, deterioro de la calidad de vida e incapacidad de quienes la padecen. El tratamiento farmacológico considera fármacos que inhiben el sistema inmunológico, de modo que la adherencia al tratamiento es fundamental para el éxito de la terapia.

El presente trabajo corresponde a un estudio descriptivo de los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con artritis reumatoide que asisten a la Unidad de Farmacia del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Los resultados obtenidos muestran que las principales causas de incumplimiento de la farmacoterapia son los efectos no deseados de los medicamentos utilizados y el olvido. En cuanto a las reacciones adversas, las de tipo gastrointestinal fueron las de mayor frecuencia. Otros factores incluyen el nivel de escolaridad, el grado de apoyo familiar y/o social, polifarmacia, la comunicación médico-paciente, percepciones erróneas respecto la terapia y el bajo nivel de conocimiento que estos pacientes poseen acerca de su enfermedad. Entre los problemas relacionados con los medicamentos, los más frecuentes fueron de necesidad y efectividad, efectuando intervenciones dirigidas a la educación del paciente. La propuesta de una intervención educativa basada en los factores que influyen en la adherencia puede contribuir a optimizar el cumplimiento, eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico en estos pacientes. Así, la educación sanitaria es un factor importante para la mantención de la salud.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory disease of unknown etiology that primarily affects the joints, causing varying degrees of suffering, impaired quality of life and disability of sufferers. Drug treatment considered drugs that suppress the immune system, so that adherence to treatment is critical to the success of therapy.

This work corresponds to a descriptive study of factors influencing adherence of patients with rheumatoid arthritis attending the Clinic Pharmacy Unit Townhouse Specials Dr. Gustavo Fricke Hospital. The results show that the main causes of failure of pharmacotherapy are unwanted medications used and forgetting effects. As for the adverse reactions, gastrointestinal were the most frequently. Other factors include the level of education, degree of family support and / or social, polypharmacy, doctor-patient communication, misperceptions regarding therapy and low level of awareness that these patients have about their disease. Among the problems related to drugs, the most common were of necessity and effectiveness effected pharmaceutical interventions for patient education.

The tender of an educational intervention program based on factors influencing on adherence could be contributed to optimize adherence, efficacy and safety of pharmacological treatment. Health education is important factor maintenance of health.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica, inflamatoria y de etiología desconocida, determinada por una sinovitis simétrica y erosiva, que en algunos casos puede afectar otros órganos y sistemas ¹. Se caracteriza principalmente por el dolor, hinchazón y rigidez de las articulaciones ².

Es importante destacar que actualmente se desconocen aquellos factores que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con AR del Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) del Hospital Dr. Gustavo Fricke (HGF). La adherencia terapéutica es un problema de salud pública significativa que supone consecuencias clínicas relevantes en los pacientes y costos injustificados en los sistemas sanitarios, evidenciando así la necesidad de corregirlo ³.

La prevalencia de AR varía poco entre países, afectando aproximadamente al 0,5 - 1% de la población mundial ⁴. En los Estados Unidos, aproximadamente 1,3 millones de adultos han sido diagnosticados con AR ¹. En España, los datos indican que la enfermedad afecta al 0,8% de las mujeres y al 0,2% de los hombres ⁵. Mientras que a nivel latinoamericano, se estima una prevalencia entre 0,2 y 0,5% ⁶, en México 0,3% y en Argentina 0,2%, lo que podría sugerir que la prevalencia en países caucásicos es mayor que en países latinoamericanos ⁵. En Chile, el único estudio realizado a nivel poblacional estimó una prevalencia de la enfermedad de 0,46%. Si se consideran estos valores y los datos de población del censo del año 2002, ello implicaría que el número de individuos con AR en nuestro país hoy día estaría entre 27.000 y 90.000 pacientes ⁷.

La incidencia de esta enfermedad a nivel mundial es 0,15 a 0,46 casos por 1000 personas/años en los hombres y entre 0,24 a 0,88 casos por 1000 personas/años en las mujeres. Mientras que la población chilena, según el censo 2002, en los hombres implicaría entre 1.700 a 5.200 casos nuevos cada año y en las mujeres entre 2.700 y 9.900 casos nuevos cada año ^{8,9}.

Cabe señalar que la AR es una enfermedad progresiva e incapacitante desde sus primeros años de aparición, provocando cambios significativos en la rutina diaria, dieta y ejercicio físico del individuo que, genera una dependencia del paciente hacia otros miembros del grupo familiar ¹⁰. En diferentes países la incapacidad laboral al cabo de 5 a 10 años de iniciada la enfermedad es aproximadamente de 43% al 50% y en muchos casos, cuando el individuo logra volver a la vida laboral generalmente ocupa un puesto de menor responsabilidad ⁶. Asimismo, esta enfermedad afecta el estado psicológico de las personas que la padecen, siendo común la depresión asociada a la AR, lo cual puede empeorar aún más su condición clínica, física, mental, social y económica, afectando la calidad de vida del paciente ⁵. Debido a esto, se ha establecido que los pacientes con una buena red de apoyo familiar y social, tienen una mejor adaptación a su enfermedad y por ende una mejor calidad de vida ⁵.

El género del paciente ha sido considerado un factor importante en el desarrollo de esta enfermedad ¹¹. Igualmente, se ha observado que el hombre tiene un mejor pronóstico que la mujer, debido a que recientemente se ha encontrado un incremento de la expresión de receptores de estrógenos en el tejido sinovial inflamado ¹². Se postula que la exposición al tabaco, la inflamación local y la necrosis celular que este produce, favorece la citrulinación de proteínas a nivel pulmonar entregando así un sustrato para la respuesta inmune ¹³.

Los criterios de diagnóstico de la AR más aceptados son los del *American College of Rheumatology* (ACR). En 2010, la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas EULAR y el ACR publicaron en forma simultánea los nuevos criterios de clasificación de AR, particularmente para los casos en fases iniciales o de corta evolución y además, categorizaron los pacientes según pronóstico ^{14, 15}. Ello ha contribuido, al planteamiento de diferentes estrategias terapéuticas, entre las que se encuentra, el uso temprano de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) ¹⁶.

Desde el punto de vista farmacológico, tradicionalmente se utilizan los analgésicos antiinflamatorios no esteroidales (AINES) para el alivio de los síntomas. En pacientes con

actividad leve a moderada y después de una terapia con AINES, se recomiendan los corticosteroides, también como tratamiento sintomático y, por otro lado los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME), que reducen o previenen el daño articular, pero no revierten los cambios degenerativos una vez producidos, y se utilizan con la finalidad de preservar al máximo la función articular⁶.

Los FARME no producen una mejoría inmediata, requieren de 4-6 meses para una respuesta completa¹⁷, sin embargo ayudan a mantener la actividad funcional de los pacientes y, adicionalmente reducir el costo en salud¹².

Los FARME de mayor eficacia son metotrexato, sulfasalazina, azatioprina y leflunomida. Metotrexato es el fármaco de elección, según el ACR presenta una mayor tasa de respuesta y eficacia, y un inicio de acción rápido comparado con otros FARME¹⁸; además, es de bajo costo.

Una segunda línea de tratamiento corresponde a los medicamentos biológicos, de más reciente introducción. La estrategia terapéutica está dirigida a nuevas dianas, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) y la interleuquina-1 (IL-1), ambos mediadores de la inflamación crónica. Los fármacos actualmente en uso y recomendados por las distintas sociedades de reumatología son infliximab, etanercept, adalimumab y anakinra¹⁹. Sin embargo, actualmente en el HGF, donde se realizó el presente trabajo, sólo está autorizado el uso del adalimumab. La terapia biológica ha mejorado ostensiblemente la capacidad de inducir remisión de la enfermedad en muchos pacientes y de modificar significativamente su evolución, en otros. Sin embargo, se recomienda evitar el uso masivo de este fármaco y los de su grupo, debido a su alto costo y a la falta de conocimiento de los posibles efectos secundarios cuando se administran de forma prolongada¹⁸.

En el contexto nacional, la AR es la patología N°52 cubierta por el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) para los afiliados a Fonasa e Isapres, de modo que una vez confirmado el diagnóstico de AR por un reumatólogo, todo paciente accederá a tratamiento inmediato¹⁹. Actualmente el CAE del HGF, cuenta con un arsenal terapéutico

disponible para pacientes GES, el cual está conformado por ácido fólico de 1 y 5 mg, betametasona, betametasona fosfato disódico-acetato, calcio y vitamina D 450mg/175 U.I., celecoxib 200mg, hidroxiclороquina 100 mg, ibuprofeno 400mg, leflunomida 20mg, metotrexato 2, 5 mg y de 50 mg/2mL, omeprazol 20mg, paracetamol 500mg, prednisona 5mg y 20mg, sulfasalazina 500mg y tramadol 100mg/mL.

Los pacientes diagnosticados con AR retiran su tratamiento farmacológico en la Farmacia del CAE del HGF, y en promedio consumen cuatro medicamentos para el tratamiento de su patología de base. Además en algunos casos retiran medicamentos para sus comorbilidades, por lo tanto, es importante enfatizar acerca del riesgo que implica para su calidad de vida la polifarmacia y por ende, la alta probabilidad de interacciones medicamentosas y la aparición de efectos adversos.

En contraste, la terapia no farmacológica igualmente importante que la farmacológica para lograr una adecuada respuesta al tratamiento en estos pacientes, incluye educación a él como a su grupo familiar, ejercicio para fortalecer la musculatura y mejorar la funcionalidad de las articulaciones ²⁰, la alimentación saludable, el autocuidado del paciente y terapias alternativas como la acupuntura, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la termoterapia, el ultrasonido y la terapia con láser de baja intensidad ⁶.

De acuerdo a lo señalado, cabe destacar que la educación se ha definido como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial ²¹.

La educación sanitaria ha demostrado ser beneficiosa para un apropiado control de la enfermedad ²². De hecho el manejo de pacientes con AR comienza con educación acerca de su enfermedad, el riesgo de daño articular y la pérdida de función involucrados, lo que les permite valorar los riesgos y beneficios de los distintos tratamientos, y les otorga un mayor control sobre su condición crónica, esto es, reduciendo el dolor y discapacidad asociada a la enfermedad ²³.

Existen estudios que evalúan el impacto de intervenciones farmacéuticas basadas en la educación de pacientes con AR, los cuales demuestran la efectividad de estas intervenciones realizadas por el químico farmacéutico, donde los problemas de salud mejoran un 10% más que en un grupo sin la intervención. Por otro lado, en cuanto a la capacidad funcional y estado de salud general existe una tendencia a mejorar estos parámetros en pacientes que han recibido educación al respecto ²⁴.

La mayoría de programas educativos realizados en países como Estados Unidos y Canadá, contienen información respecto a la AR y el proceso de la enfermedad, los medicamentos y sus efectos no deseados, del tratamiento no farmacológico como coadyuvante, principalmente en relación con ejercicios físicos, alimentación y terapias complementarias, las que incluyen homeopatía, acupuntura y técnicas de relajación ²⁵. En cuanto a las medidas no farmacológicas, existen programas educativos orientados a la conservación de la función articular, a la adaptación de los pacientes al medio ambiente, posturas recomendadas y control del estrés articular ²⁶. Estos programas se relacionan, con las guías de tratamiento para la AR entregadas por el ACR, que incluyen educación al paciente sustentada en el autocuidado y se indican múltiples estrategias para promover comportamientos, técnicas y hábitos saludables²⁷. Así, la educación debe ser considerada como un elemento fundamental en el manejo terapéutico e integral de la enfermedad y es primordial fomentar y efectuar programas de intervenciones educativas²⁶.

Así, establecer un diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento es fundamental para minimizar el impacto personal y social de la enfermedad ⁶. En definitiva, el objetivo terapéutico en la AR es alcanzar la remisión de la enfermedad, aunque en algunos casos es difícil lograrlo, debido a que en ciertos pacientes la enfermedad se encuentra en fases muy avanzadas al momento de comenzar la farmacoterapia. En este último caso, la meta es controlar la enfermedad de manera más efectiva, esto es, a través de la disminución de la actividad inflamatoria provocar un alivio sintomático, conservar la capacidad funcional del paciente para realizar actividades cotidianas, incluida la laboral,

lograr un retraso del daño estructural articular y prevenir la morbilidad/ mortalidad asociada a esta patología ²⁸.

Para alcanzar esta meta terapéutica y evitar o enlentecer el avance de la enfermedad, es fundamental un adecuado cumplimiento de la terapia, es decir, mantener la adherencia al tratamiento.

Actualmente son varios los términos asociados al concepto de **Adherencia al tratamiento**, entre otros, alianza terapéutica, cooperación, *compliance*, mutualidad y colaboración. Cada término tiene una matriz particular, pero todos se centran en destacar la capacidad que tiene el paciente para vincularse, participar y respetar el acuerdo con las recomendaciones del tratamiento co-establecidas por el profesional de la Salud ²⁹. Así entonces, las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionan un considerable rendimiento de la inversión, mediante la prevención primaria de factores de riesgos, y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que una adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, siendo un tema trascendental para la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud ²⁹.

La falta de adherencia ocurre principalmente en pacientes que padecen enfermedades crónicas, la cual ha sido bastante estudiada ⁵; así, en países desarrollados, la adherencia terapéutica promedia sólo un 50%. Se estima que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, debido a la escasez de recursos sanitarios y a inequidades en el acceso a la atención de salud ²⁹.

Algunas investigaciones han evaluado la adherencia de los pacientes utilizando diferentes parámetros, tales como la entrevista con el paciente, la dispensación en farmacia, el uso de dispositivos electrónicos en contenedores de medicamentos, la cuantificación de metabolitos y la evaluación médica de exámenes de laboratorio

específicos ⁵. Es por esto que las tasas de adherencia varían ampliamente, lo cual se podría atribuir al tipo de medición del estudio ¹.

Un estudio transversal reportó que sólo entre 58% y 63,5% de los pacientes con AR fueron adherentes. Por otro lado, un estudio retrospectivo inspeccionó si la cantidad de medicamentos prescritos incidían en las tasas de adherencia, concluyendo que el uso de monoterapia versus terapias asociadas a más medicamentos afecta la adherencia terapéutica ³⁰.

Otro estudio efectuado en Norteamérica con un sistema de monitorización electrónico para la medición del cumplimiento de la adherencia a FARME, encontró que 64% de los pacientes ingiere correctamente sus medicamentos, en contraste con Europa donde se detectó que los pacientes presentaban un 81% de adherencia. Cabe señalar, que aquellos pacientes con mejor adherencia presentaron una menor actividad de la enfermedad durante el estudio³¹.

Asimismo, una serie de investigadores han intentado identificar los factores que influyen en la no adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes con AR, encontrando que la etnia ha sido el único factor predictor independiente y significativo³². Así, el 91 % de los participantes caucásico demostró ser adherente a la terapia, mientras que el 9% no caucásico mostró baja adherencia ³³. También han sido estudiados aspectos que incluyen factores psicológicos y clínicos como factores de riesgo en la adherencia a la terapia en pacientes con AR. Niveles de autoeficacia, grado de apoyo social, capacidad funcional, duración de la enfermedad, confianza en los medicamentos, valoración personal del dolor y efectos no deseados de sus medicamentos son algunas de las variables medidas ³⁴.

Un factor importante en la adherencia al tratamiento es la cantidad de medicamentos consumidos por el paciente. Esto, considerando que la automedicación es cada vez más común en la población y que eleva el riesgo potencial de interacciones y reacciones adversas a medicamentos. Esta condición es común en los pacientes con diagnóstico de AR, lo que influye directamente en la adherencia al tratamiento

farmacológico. Existen reportes que señalan que el aumento en el número de medicamentos que toma un paciente, la duración de la terapia y la complejidad de ésta, se relaciona con una disminución de la adherencia ⁵.

Los factores demográficos, psicológicos y clínicos, se han sugeridos también como agentes de riesgo en la no adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo, ninguno por sí sólo ha sido considerado predictor independiente de la enfermedad. Otro factor importante es la percepción que tienen los pacientes respecto a sus medicamentos, los riesgos asociados a su consumo, los efectos secundarios, la dependencia del paciente y el sistema de salud ¹.

Por otro lado, se ha asociado una baja adherencia terapéutica con bajos niveles de escolaridad de los pacientes y bajos ingresos familiares ³⁵.

Uno de los aspectos importantes en la relación médico paciente, dice relación con la comunicación y transferencia de información. Esta transferencia es particularmente fundamental en pacientes con enfermedades crónicas como la AR y permite un mejor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, cambios en la conducta de éste respecto su enfermedad, adherencia al tratamiento y autocuidado ³⁶.

Existe evidencia que aquellos pacientes que se mostraron satisfechos respecto de la comunicación con su especialista de la salud, y que además tenían mayor conocimiento sobre su enfermedad, habían mejorado su adherencia terapéutica ³⁷.

En definitiva la implementación de métodos que contribuyan a mejorar el correcto cumplimiento de las terapias por parte de los pacientes con patologías crónicas degenerativas, es un aspecto fundamental para el éxito de la terapia. En este sentido, el químico farmacéutico tiene un rol importante, junto al equipo de salud, por ejemplo, efectuando educación a los pacientes, la que va más allá de entregarles instrucciones de uso e información de sus medicamentos. Estudios internacionales ^{21, 24} avalan esta afirmación, demostrando que la adherencia terapéutica mejora en aquellos pacientes que han sido intervenidos por el farmacéutico respecto la educación.

Dada la relevancia que tiene este tema para la Unidad de Farmacia del CAE del HGF de Viña del Mar y que se requiere mayor información acerca de los factores farmacológicos y no farmacológicos que influyen en la adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes diagnosticados con AR que atienden este consultorio, el presente estudio se plantea con el fin de proponer un modelo de intervención educativa orientado a la adherencia de la terapia, basado en las necesidades del paciente, que permita mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento y retrasar la evolución de la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Describir los factores que influyen en la adherencia terapéutica y proponer un modelo de intervención educativa que contribuya al éxito de la terapia farmacológica en términos de eficacia y seguridad, en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.
2. Describir el nivel de conocimiento que poseen los pacientes con artritis reumatoide de su enfermedad y los medicamentos indicados para su tratamiento.
3. Identificar los factores farmacológicos y no farmacológicos que influyen en el incumplimiento o cumplimiento parcial de la adherencia al tratamiento de la AR.
4. Elaborar y entregar material educativo respecto a la importancia de la AR y los riesgos y beneficios de los medicamentos utilizados.
5. Proponer un modelo de intervención educativa orientado a la adherencia de la terapia, basado en las necesidades del paciente, que permita mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento y retrasar la evolución de la enfermedad.

PACIENTES Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal. Las variables se midieron una sola vez en el tiempo y en forma prospectiva, a medida que los pacientes acudían a retirar sus medicamentos al CAE del HGF de Viña del Mar.

2. Pacientes

Se incluyó a los pacientes diagnosticados con AR que acudieron a la Unidad de Farmacia del CAE del HGF, durante el periodo de julio a noviembre del año 2014. Los pacientes fueron invitados de forma personal y por vía telefónica.

En total fueron 78 los seleccionados mediante muestreo de tipo no probabilístico y por conveniencia de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de AR mayores de 18 años y de ambos géneros, que se atienden en la Unidad de Farmacia del CAE del HGF.
- Pacientes con tratamiento farmacológico en cualquiera de sus etapas.
- Pacientes que firmaron voluntariamente el consentimiento informado de participación (Anexo N°1).
- Pacientes que obtuvieron un puntaje ≥ 14 en el *Mini Mental State Examination* (Anexo N°2).

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no asisten personalmente a las entrevistas.
- Pacientes que voluntariamente decidieron retirarse del estudio.
- Pacientes que no asistieron a la entrevista establecida.
- Pacientes que presentaron respuestas discordantes.

3. Método

a. Caracterización de pacientes y diagnóstico de problemas asociados a la farmacoterapia

Durante este período se realizaron las acciones siguientes:

- a) Invitación de pacientes con diagnóstico de AR que acuden a la unidad de la farmacia del CAE a retirar su terapia farmacológica.
- b) Revisión de medicamentos y comorbilidades de cada paciente incorporado, esto, a través del Sistema Informático Hospitalario (SIH) y Sistema Informático de gestión de Garantías explícitas en Salud (SIGGES), de cada paciente incluido.
- c) Explicación detallada del estudio, firma del consentimiento informado, evaluación cognitiva mediante el test *Mini Mental State Examination*, criterios de elegibilidad.
- d) Aplicación de ficha de registro de datos del paciente, basada en Método Dáder de SFT ³⁸ (Seguimiento Farmacoterapéutico) (Anexo N°3), *Morisky-Green* (Anexo N°4), entrevista de Atención Farmacéutica (AF) (Anexo°5), encuesta de calidad de vida del paciente EORTC QLQ-C30 (Anexo N°6) y el Índice de Barthel (Anexo N°7).
- e) Detección de problemas relacionados con los medicamentos.

- f) Elaboración y entrega de material educativo respecto a la enfermedad y medicamentos de la AR, además resolver dudas y orientar a los pacientes en relación a sus problemas de salud.

La revisión del SIGGES y SIH permitió conocer la situación particular de cada paciente en relación a su diagnóstico, comorbilidades asociadas, terapia actual, vías de administración y otros medicamentos que no pertenecen a la canasta de la AR. Asimismo, mediante las recetas de los pacientes se logró conocer la indicación, frecuencias de administración y dosis de cada medicamento prescrito por su reumatólogo.

La entrevista con el paciente se realizó utilizando una ficha confeccionada a partir del Método Dáder de SFT ³⁸, que permitió recopilar información acerca de datos sociodemográficos (edad, género y lugar geográfico donde viven), antecedentes personales (con quien vive, actividad laboral, estado civil, si tiene apoyo social o no y el nivel de educación), tratamiento farmacológico de patologías concomitantes, automedicación y hábitos saludables.

La adherencia a la terapia se evaluó utilizando el test de Morinsky-Green para valorar actitudes hacia el tratamiento. Luego se aplicó la entrevista de evaluación de AF para determinar el nivel de conocimiento que poseen los pacientes de su enfermedad y medicamentos utilizados en la AR. Se diseñó una pauta para valorar las respuestas obtenidas por los pacientes (Anexo N°8). Por otra parte, y con la finalidad de conocer el grado de dependencia del paciente o dicho de otro modo, su grado de autovalencia, se empleó el Índice de Barthel. Igualmente, se aplicó la encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 con el fin de mantener un registro del grado de percepción de dolor y capacidad de desarrollo de actividades cotidianas.

b. Detección, clasificación y resolución de problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

Para la detección y clasificación de los PRM se utilizó la clasificación del Segundo Consenso de Granada ³⁹, que establece seis categorías agrupadas en tres temas principales: necesidad, efectividad y seguridad.

Tabla 1: Clasificación de PRM Segundo Consenso de Granada ³⁹.

NECESIDAD	
PRM 1	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.
PRM 2	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.
EFFECTIVIDAD	
PRM 3	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.
PRM 4	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.
SEGURIDAD	
PRM 5	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.
PRM6	El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Con el fin de prevenir o resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, se efectuaron las intervenciones según la propuesta de Sabater y colaboradores ⁴⁰ (Anexo N°9). De estas intervenciones, solo se realizaron las dirigidas a la educación al paciente, respecto de instrucciones y precauciones del uso de sus medicamentos, importancia de la adherencia terapéutica y medidas no farmacológicas en el tratamiento de la AR.

3.3 Material educativo/Intervención Farmacéutica

El material educativo se elaboró de acuerdo con los objetivos establecidos en el trabajo, los que se relacionan con el nivel de conocimiento que tienen los pacientes de su enfermedad y medicamentos, y también factores que inciden en la adherencia al tratamiento de la AR. Junto con esto, se solicitó una reunión con los químicos farmacéuticos encargados de la Unidad de farmacia y con el Jefe del servicio de reumatología, para validar la información del material educativo diseñado. También se consideró la revisión de referencias bibliográficas relacionadas con la educación^{22, 23, 41}.

En cuanto al diseño del material educativo, se realizó en forma documentada a través de trípticos y, se basó en aspectos que incluyen una comunicación didáctica, apoyo visual y entrega de información breve, con el fin de lograr que los pacientes comprendieran lo que se quería transmitir de su enfermedad y medicamentos, material que fue utilizado en la realización de intervenciones educativas dirigidas a los pacientes con AR que participaron del estudio.

La información para confeccionar estos trípticos se obtuvo principalmente de fuentes de la Sociedad Española de Reumatología y de Instituto Nacional de la Salud.

Los trípticos entregados contienen información respecto a la artritis reumatoide (Anexo N°10), ácido fólico (Anexo N°11), adalimumab (12), azatioprina (Anexo N°13), celecoxib (Anexo N°14), calcio más vitamina D3 (Anexo N°15), hidroxicloroquina (Anexo N°16), ibuprofeno (Anexo N°17), leflunomida (Anexo N°18), metotrexato oral (Anexo N°19), metotrexato intramuscular (Anexo N°20), omeprazol (Anexo N°21), paracetamol (Anexo N° 22), prednisona (Anexo N°23), ranitidina (Anexo N°24), sulafasalazina (Anexo N°25), alimentación y artritis reumatoide (Anexo N°26), adaptaciones en el hogar (Anexo N° 27), ejercicio y artritis reumatoide (Anexos N°28).

Por otro lado con el fin de intervenir en el incumplimiento voluntario de los pacientes en cuanto a horarios en la ingesta de sus medicamentos se entregó un cronograma de administración de medicamentos (Anexo N°29). La elaboración de este calendario consideró un factor fundamental en el cumplimiento de la terapia, que es

cuando y de qué forma los pacientes ingieren sus medicamentos. La mayoría de estos pacientes no tienen hábitos de horarios en la ingesta de sus fármacos y además no saben en qué horarios hacerlo. Es por esto que el calendario se acomodó a cada paciente en particular, y se incluyó el horario de consumo de los medicamentos indicados para la AR y patologías concomitantes, adaptado a su disponibilidad de tiempo, considerando la mejor recomendación posible para mejorar la eficacia y seguridad de los tratamientos. El material de apoyo visual tiene como finalidad lograr que el paciente adquiera sistematicidad en los horarios de ingesta de sus medicamentos y con esto mejorar su conducta, para contribuir a mejorar uno de los factores dependientes del paciente en la adherencia al tratamiento.

4. Análisis Estadístico

La caracterización sociodemográfica de la población se efectuó de acuerdo a estadística descriptiva, mediante tablas de frecuencias y promedios.

El análisis de datos, se realizó mediante tablas en el programa estadístico Mini tab16 versión 16⁴².

Las estadísticas descriptivas fueron mediana, media y desviación estándar.

5. Consideraciones Éticas

Esta investigación describe el comportamiento de los pacientes diagnosticados con AR en el cumplimiento de la terapia farmacológica. Desde este punto de vista, no hubo uso de métodos intervencionistas para la evaluación de los participantes del estudio en cuanto a variables biológicas y fisiológicas, ni tampoco para las psicológicas.

El proyecto fue aprobado con fecha 14 de Junio de 2014 por el Comité de Bioética para la Investigación (CBI) de la Universidad de Valparaíso (Anexo N°30).

Para la realización de este trabajo se consideraron tres aspectos fundamentales:

- No se intervino el curso natural de la enfermedad, puesto que solo se describieron factores relacionados con la adherencia terapéutica de los pacientes.
- A cada paciente se explicó detalladamente en qué consistía el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado.
- La información recopilada fue estrictamente confidencial y los registros fueron guardados por la ejecutante del internado en forma confidencial.

RESULTADOS

Durante los cuatro meses en los que se llevó a cabo el estudio (julio - noviembre de 2014), ingresaron 93 pacientes, de los cuales sólo 78 cumplieron con los criterios de inclusión.

De los 15 pacientes que no formaron parte del estudio, 6 se negaron por falta de tiempo, 2 asistieron, pero rechazaron el estudio porque no era de su interés y 7 no asistieron a la entrevista acordada, principalmente, por motivos de salud e incapacidad física. En un caso particular, un familiar fue quién asistió a retirar los medicamentos, por lo que no se ajustaba a los criterios de elegibilidad (Diagrama de flujo. 1).

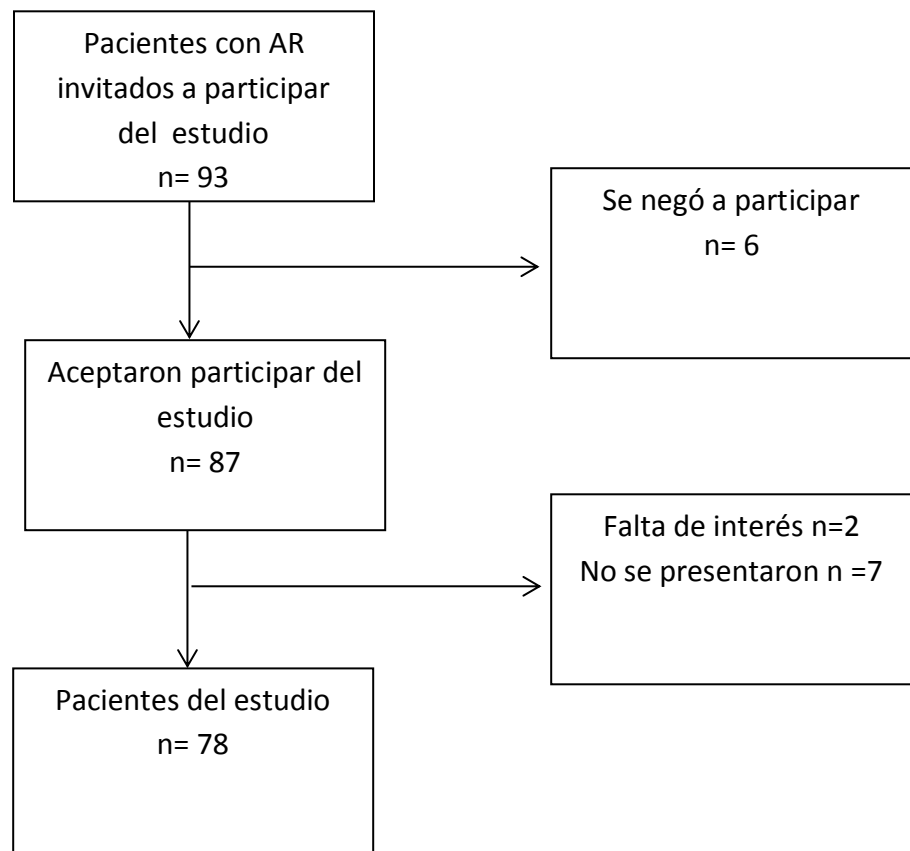


Diagrama de flujo 1. Pacientes elegibles y pacientes que participaron del estudio.

1.- Caracterización sociodemográfica de los pacientes:

Tabla 3: Distribución según características sociodemográficas de los pacientes.

Características	Población objeto de estudio (n =78)
<u>Sexo</u>	
Femenino, n° (%)	69(88)
Masculino, n° (%)	9(12)
Edad, años	
Media ± DS	58 ±13
Rango	24-83
<u>Nivel de escolaridad</u>	
Básico Incompleto, n° (%)	16 (20,5)
Básico Completo, n° (%)	11 (14,1)
Media Incompleta, n° (%)	18 (23,1)
Media Completa, n° (%)	18 (23,1)
Técnico, n° (%)	9 (11,5)
Universitario, n° (%)	6 (7,7)
<u>Con quien vive</u>	
Acompañado, n° (%)	64(82,1)
Solo, n° (%)	14(17,9)

1.1.- Distribución geográfica: de los 78 pacientes, la mayor frecuencia es 38 pacientes (48,72%) residentes en Viña del Mar y una minoría de 7 (8,97 %) pacientes, vive en ciudades como La Calera, Puchuncaví, Petorca y Quillota.

Tabla 4: Distribución según lugar en que residen los pacientes (n=78)

Lugar donde vive	Frecuencia	%
Viña del mar	38	48,6
Con-con	7	8,9
Quilpué	15	19,2
Belloto	1	1,3
Villa alemana	6	7,7
Limache	3	3,9
Quillota	3	3,9
La Calera	2	2,6
Puchuncaví	2	2,6
Petorca	1	1,3
Total	78	100

2.- Características del estado de salud de los pacientes

2.1.- Patologías concomitantes: 56 (72%) de los 78 pacientes tenían antecedentes de patologías concomitantes y 22 (28%) no presentaban. De los 78 pacientes, el 50% presentó hipertensión arterial y el 19,2% dislipidemias. Otras patologías consideran a enfermedades óseas con un 21%, enfermedades respiratorias e hipotiroidismo ambas con un 18% y 11% para depresión.

Tabla 5: Distribución de pacientes según tipo de patologías concomitantes.

Tipo de patología concomitante	Población objeto de estudio (n =78)
Hipertensión arterial, n° (%)	39(50)
Dislipidemias, n° (%)	15(19,2)
Diabetes mellitus 2, n° (%)	14(17,9)
Enfermedades Óseas, n° (%)	12(15,4)
Enfermedades Respiratorias, n° (%)	10(12,8)
Hipotiroidismo, n° (%)	10(12,8)
Depresión, n° (%)	6 (7,7)

2.2.- Medicamentos para patologías concomitantes: 57 de los 78 (73,08%) utiliza algún medicamento para patologías concomitantes. El valor más frecuente de cantidad de medicamentos fue 1 y 3 medicamentos por paciente.

Tabla 6: Cantidad de medicamentos utilizados para tratamiento de patologías concomitantes (n=78).

Cantidad de medicamentos	Frecuencia	%
0	21	26,9
1	16	20,5
2	10	12,8
3	16	20,5
4	5	6,4
5	3	3,9
6	4	5,1
7	2	2,6
8	1	1,3
Total	78	100
Promedio ± DS	2,89±1,81	

Tabla 7: Cantidad de medicamentos indicados en el tratamiento de la AR (n=78).

Cantidad de medicamentos	Cantidad de pacientes	Porcentaje (%)
1	1	1,3
2	4	5,1
3	8	10,3
4	23	29,5
5	28	35,9
6	13	16,6
7	1	1,3
Total	78	100
Promedio ± DS	4,49±1,16	

2.3.- Consumo total de medicamentos

Tabla 8: Cantidad de medicamentos utilizados en patologías concomitantes y AR (n=78).

Cantidad de medicamentos	Cantidad de pacientes	%
3	1	1,3
4	10	12,8
5	14	17,9
6	19	24,5
7	14	17,9
8	7	8,9
9	2	2,6
10	5	6,4
11	6	7,7
Total	78	100
Promedio ± DS	6,60± 2,05	

2.4.- Automedicación

Tabla 9: Cantidad de fármacos auto medicados por los pacientes (n=78).

Cantidad de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	59	75,7
1	14	17,9
2	5	6,4
Total	78	100
Promedio ± DS	1,26±0,45	

3.- Factores de riesgo asociados a Artritis Reumatoide: Entre los factores asociados al desarrollo de la AR se encuentran género, antecedentes familiares de AR y el cigarrillo.

3.1.- Factores de riesgo: 21 de los 78 pacientes (27%) eran fumadores, 44 (56%) tenían antecedentes genéticos y 69 (88%) correspondían a sexo femenino.

Tabla 10: Distribución de pacientes según cantidad de consumo diario de cigarrillos (n=78)

Cantidad de cigarrillos/día	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	57	73,1
1-2	4	5,1
3-4	6	7,7
5-6	7	8,9
7-8	1	1,3
9-10	2	2,6
11-12	1	1,3
Total	78	100
Promedio ± DS	4,48±2,54	

Tabla 11: Distribución según antecedentes familiares (n=78).

Factor de riesgo	Frecuencia	%
Antecedentes familiares	44	56
Sin antecedentes familiares	34	44
Total	78	100

Tabla 12: Distribución según género del paciente (n=78).

Factor de riesgo	Frecuencia	%
Género femenino	69	88
Género masculino	9	12
Total	78	100

4.- Características de la terapia de Artritis Reumatoide:

4.1.- Fármacos para artritis reumatoide: De los 78 pacientes 72 (92%) reciben tratamiento de FARMES. Para la caracterización de estos, se describirán según el arsenal farmacológico autorizado para pacientes diagnosticados con AR en el CAE del HGF (Anexo N°31).

El FARME de mayor prescripción fue el metotrexato oral con un 60,3% de frecuencia y de los analgésicos, prednisona (71,8%) y celecoxib (60,3%) son los fármacos de mayor frecuencia.

Tabla 14: Tipo de medicamentos utilizados en los pacientes evaluados (n=78).

Clasificación	Medicamentos	Cantidad pacientes	*Frecuencia en % de paciente
Analgésicos (no opioides)	Celecoxib	47	60,3
	Ibuprofeno	6	7,7
	Paracetamol	4	5,1
Analgésicos (Opioides)	Tramadol	3	3,9
Corticosteroides	Prednisona	56	71,8
FARMES	Metotrexato v.o	47	60,3
	Metotrexato i.m	7	8,9
	Leflunomida	17	21,8
	Hidroxicloroquina	19	24,4
	Sulfasalazina	5	6,4
	Azatioprina	1	1,3
Biológicos	Adalimumab i.m	1	1,3
Coadyuvantes	Ácido fólico	57	73,1
	Calcio	41	52,6
	Omeprazol	40	51,3

*Los medicamentos se prescriben de manera concomitante en los pacientes y por tanto, la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

4.2.- Efectos Adversos asociados a los medicamentos: De los 78, pacientes sólo 42 pacientes (54%) presentaron RAM, mientras que 26 (46%) no describieron estos efectos. La RAM de mayor frecuencia fue el dolor gástrico que representó el 34,6%.

Tabla 15: Distribución de efectos adversos asociados a medicamentos para AR durante el estudio (n= 78).

Efecto Adverso	Cantidad pacientes afectados	*Frecuencia en % de pacientes
Dolor gástrico	27	34,6
Náuseas	23	29,5
Diarrea	17	21,8
Falta de apetito	15	19,2
Estreñimiento	11	14,1
Vómitos	11	14,1
Fatiga	8	10,3
Sequedad bucal	7	8,9
Aumento de peso	5	6,4
Hirsutismo	2	2,6

*Los eventos se presentaron de manera concomitante en relación al uso de medicamentos y por tanto, la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

4.3.- Terapias complementarias: El 23% de los pacientes utilizaba terapia complementaria. El cartílago de tiburón, chuchuhuasi con propiedades antiinflamatorias y hongos shitake para reforzar el sistema inmune, fueron los de mayor consumo. También refirieron apiterapia y biomagnetismo.

5.- Detección y clasificación de PRM. De acuerdo al Segundo Consenso de Granada se realizó la clasificación de los distintos PRM detectados.

5.1.- PRM detectados: 65 de los 78 pacientes (83%) presentaron PRM. El total de PRM detectados fue de 113 PRM, con promedio de 2 por paciente. A continuación se detalla el tipo de PRM.

Tabla 16: Clasificación de PRM detectados de acuerdo Segundo Consenso de Granada.

Tipo de PRM	Cantidad	*Frecuencia en % de pacientes
NECESIDAD		
PRM1	43	38,1
PRM2	-	-
EFFECTIVIDAD		
PRM3	12	10,6
PRM4	24	21,2
SEGURIDAD		
PRM5	27	23,9
PRM6	7	6,2
Total	113	

*Los eventos se presentaron de manera concomitante en relación al uso de medicamentos y por tanto, la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

6.- Test de Morisky – Green, Índice de Barthel, encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y Evaluación de entrevista de atención farmacéutica.

6.1.- Test Morisky – Green: Es un método indirecto para evaluar la adherencia de los pacientes a su terapia farmacológica. Si el paciente responde de forma incorrecta a una de las cuatro preguntas que lo constituyen, se considera No Adherente.

Tabla 17: Distribución de pacientes según adherencia al tratamiento (n=78).

Preguntas	Respuestas	
	Sí	No
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	46 (59)	32 (41)
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?	62 (79)	16 (21)
Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?	7 (9)	71 (91)
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar sus medicamentos?	13 (17)	65 (83)
Adherentes	23 (29)	55 (71)

Luego de aplicar la entrevista de atención farmacéutica se detectó que de los 23 (29%) pacientes adherentes a su terapia farmacológica, 7 no tomaban sus medicamentos correctamente todos los días, por lo cual 62 (79%) pacientes calificaron como incumplidores y sólo 16 pacientes (21%) como cumplidores.

6.2.- Índice de Barthel: Según el nivel de independencia del paciente respecto a la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, el 50% es independiente, mientras que la otra mitad refirió algún grado de dificultad para el desarrollo de sus actividades diarias.

Tabla 18: Representación porcentual de pacientes de acuerdo al nivel de dependencia que poseen al momento de la entrevista (n=78).

Dependencia	Puntuación	Cantidad de pacientes	%
Total	< 20	0	0
Grave	20-35	1	1,3
Moderado	40-55	1	1,3
Leve	>o igual de 60	37	47,4
Independiente	100	39	50
Total		78	100
Promedio ± DS	90,83±14,24		

6.3.- Encuesta de calidad de vida EORTC QLQ-C30: Se calcularon estadísticas descriptivas mediana, media y desviación estándar de las variables (preguntas 1 a la 30) (Anexo N°32).

6.4.- Entrevista de Atención Farmacéutica: La cual consta de 9 preguntas relacionadas con el conocimiento de los pacientes respecto a su la enfermedad, medicamentos y efectos adversos

A continuación, las siguientes tablas detallan las respuestas a las preguntas de la entrevista de AF.

Tabla 20: ¿Sabe de qué trata su enfermedad? (n=78)

Pregunta N° 1	Sí	No
n (%)	76 (97,4)	2 (2,6)

Tabla 21: Si sabe de que trata ¿Podría explicar que es la AR? (n=78)

Pregunta N° 2	Respuesta incorrecta	Enfermedad crónica y/o autoinmune	Inflamación de las articulaciones
n (%)	48 (61,5)	7 (8,9)	21 (26,9)

Tabla 22: ¿Comprende para que le sirven sus medicamentos de la AR? (n=78)

Pregunta N° 3	Sí	No
n (%)	78 (100)	-

Tabla 23: Si comprende para que sirven, ¿Podría explicar el uso de cada uno?

Pregunta N° 4	Información incorrecta	Menciona 1 uso correcto	Menciona 2 o más usos correctos
n (%)	15 (19,2)	26 (33,3)	37 (47,5)

Tabla 24: ¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos? (n=78)

Pregunta N° 5	No	A veces	Sí
n (%)	2 (2,6)	41 (52,6)	35 (44,8)

Tabla 25: Si cumple el horario, especifique el horario de sus medicamentos para AR

Pregunta N°6	Los toma todos juntos	No especifica horarios	Especifica horarios
n (%)	20 (25,6)	36 (46,2)	22 (28,2)

Tabla 26: ¿Qué hace cuando los medicamentos le provocan alguna molestia?

Pregunta N°7	Los reemplaza por otro	Los suspende	No le ha provocado molestia	Lo sigue tomando	Consulta al doctor
n (%)	1 (1,3)	12 (15,4)	39 (50)	24 (30,8)	2 (2,6)

Tabla 27: ¿Conoce las reacciones adversas de sus medicamentos? (n=78)

Pregunta N°8	Sí	No
n (%)	34 (43,6)	44 (56,4)

Tabla 28: Si las conoce ¿podría nombrarlas? (n=78).

Pregunta N°9	Información incorrecta	Nombra una correcta	Nombra dos o más correctas
n (%)	9 (11,5)	17 (21,8)	8 (10,3)

6.5.- Causas de no adherencia: A continuación se detalla la cantidad y frecuencia de pacientes según la causa del incumplimiento de la farmacoterapia.

Tabla 29: Clasificación de causas asociadas a la no adherencia farmacológica (n=62)

Causas	Cantidad pacientes	* %
Error de administración	14	23
Reducción en el financiamiento familiar	3	5
No percibir la necesidad de tomarlo	7	11
Efectos no deseados	19	31
tomar todos los medicamentos juntos	16	26
aumento de la dosis de analgésicos	8	13
Eficacia	13	21
Olvido	17	27
Viaje más de un día	4	6

*Las causas de no adherencia se presentaron de manera concomitante en relación a cada paciente y por tanto, la sumatoria de la frecuencia (en %) no fue igual a 100.

7.- Entrega de material educativo/Intervención Farmacéutica: En la siguiente tabla se especifica que tipos de intervenciones se realizaron.

Tabla 30: Clasificación de las Intervenciones Farmacéuticas realizadas (n=78).

Categoría	Intervención realizada	N° de intervenciones	%
Intervenir sobre la cantidad de medicamento	-Modificar dosis	---	---
	-Modificar dosificación	---	---
	-Modificar pauta de administración	---	---
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	-Añadir un medicamento	---	---
	-Retirar un medicamento	---	---
	-Sustituir un medicamento	---	---
Intervenir sobre la educación al paciente	-Educar en el uso de medicamentos	57	26,8
	-Modificar actitudes al tratamiento	78	36,6
	-Educar en medidas no farmacológicas	78	36,6
Total		213	100

Al finalizar la entrevista, se efectuaron 213 intervenciones farmacéuticas relacionadas con la educación del paciente.

Se explicó y entregó a cada paciente trípticos elaborados en base a información relevante de su enfermedad, medicamentos que incluyen a y medidas no farmacológicas en el tratamiento de la AR .También se explicó la importancia del concepto de adherencia al tratamiento farmacológico junto con entrega de un cronograma de administración de sus medicamentos. Además se resolvieron dudas en todo lo que respecta la terapia de AR y se enfatizó en el cumplimiento de ésta.

DISCUSIÓN

La adherencia a la terapia farmacológica de pacientes con artritis reumatoide es un factor de importancia al momento de asegurar la efectividad de la medicación y por ende, de la progresión de la enfermedad. Al mismo tiempo, la seguridad, representada por las reacciones adversas provocadas por los medicamentos utilizados y las interacciones farmacológicas, son algunos de los factores que bien merecen ser considerados al momento de evaluar el éxito o falla de la terapia, y establecer los pasos siguientes. El presente trabajo se relaciona especialmente con esto, con la inclusión del factor educación a partir de un diagnóstico específicamente efectuado para el grupo de pacientes que constituyeron la muestra estudiada, como primera etapa de abordaje del problema.

Los resultados obtenidos respecto de la caracterización sociodemográfica de los pacientes, particularmente en lo referido al género, muestran similar distribución que lo observado a nivel nacional, según información entregada por el Ministerio de Salud en 2007⁶. Según esta fuente bibliográfica la enfermedad afecta de manera predominante a las mujeres, reportando una relación de 3-8 mujeres por 1 hombre con AR en Chile^{6, 43}. En este estudio, se observó una relación aproximada de 8:1, es decir, por cada 8 mujeres existe 1 hombre con AR, valores muy parecidos a lo encontrado en un estudio nacional⁴⁴ donde 88,2% de los pacientes diagnosticados con AR eran mujeres y el 11,8% hombres, datos similares a la distribución de pacientes en estudio.

Mientras que a nivel internacional⁴⁵ los datos de distribución se muestran muy parecidos a los encontrados en el estudio, donde un 82 % de los pacientes correspondían a mujeres y sólo el 18% hombres.

En relación con la edad, un estudio efectuado en pacientes diagnosticados con AR en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco ³⁶ el promedio de edad fue de 56 años, muy cercano al promedio de edad obtenido en los pacientes del CAE del HGF de 58 años.

Por otro lado, un estudio internacional ⁴⁵ mostró una edad promedio de 56 años, cifra también similar al promedio de edad en pacientes atendidos en el HGF (58).

Respecto del nivel de educación, el cual se considera un factor influyente en la adherencia al tratamiento ³⁵, los datos obtenidos en los pacientes atendidos en el CAE del HGF son similares a los de un estudio de corte transversal realizado a nivel nacional, en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco ³⁶, donde 60,6% de los pacientes tenía nivel de escolaridad básica y un 41% nivel de educación media-superior. Así pacientes con bajo nivel de escolaridad han sido asociados a una baja adherencia ³⁵, lo que a su vez está en concordancia con los pacientes incorporados a la muestra e estudio.

De acuerdo a lo señalado y según lo observado durante el estudio, el nivel de escolaridad influye en la adherencia al tratamiento, donde los pacientes con estudios nivel medio-superior presentan mayor capacidad de aprender y de captar la información entregada, mientras que aquellos con educación incompleta tienen menor comprensión de la información y más dificultad para asimilar las instrucciones entregadas respecto de sus medicamentos y la enfermedad, lo cual se reflejó en un adherencia terapéutica deficiente. Por lo tanto, es necesario considerar el factor escolaridad en la elaboración de material educativo, de manera que la explicación de los aspectos que se quieren destacar es crucial y un factor limitante. La información contenida en el material educativo y entregada verbalmente a los pacientes de acuerdo a su nivel de escolaridad es importante para que el paciente entienda lo que se está tratando de comunicar. Cabe señalar que durante el estudio, la información entregada a los pacientes se realizó sin considerar de su nivel de escolaridad, lo cual debe ser evaluado y corregido en futuras intervenciones educativas que pretendan lograr una adecuada comprensión por parte de los pacientes.

Sin embargo hay un grupo no despreciable de pacientes no adherentes a su terapia, a pesar de su nivel de escolaridad (media-universitaria). Una razón posible de atribuir a este hecho es la carencia o casi nulo nivel de apoyo familiar, debido a que la mayoría de este grupo de pacientes vive solo. Por lo tanto, si bien el nivel de escolaridad es un factor relacionado con la adherencia al tratamiento, éste debe ser considerado de manera más integral respecto de otros factores que igualmente pueden afectarla, como por ejemplo, el apoyo familiar o de quienes conforman el núcleo social de estos pacientes.

La OMS ²⁹ destaca que el apoyo a los pacientes por otros miembros de su comunidad es fundamental para contribuir a la adherencia terapéutica. En relación a este último factor, existen estudios internacionales que respaldan los resultados obtenidos ⁴⁶.

Así como el apoyo familiar o social es importante para lograr una buena adherencia al tratamiento, el lugar de residencia del paciente es un factor a considerar al momento de evaluar el cumplimiento de la terapia farmacológica. En el presente estudio la mayoría de los pacientes tiene como lugar de residencia, las ciudades de Viña del Mar y Quilpué. Sin embargo existe un paciente procedente de Puchuncaví el cual refirió tener problemas para financiar los pasajes para el retiro mensual de sus medicamentos, lo que en ocasiones le significaba permanecer una semana completa sin consumirlos. Es importante destacar, que la muestra no incluyó al universo total de pacientes con AR que se atienden en el CAE del HGF, por lo tanto al extrapolar los resultados en este estudio se afirma que el lugar geográfico no es un factor determinante para la adherencia terapéutica. A nivel internacional ³⁵ este factor no ha sido estudiado específicamente como un factor de riesgo en la adherencia al tratamiento y, por lo mismo, no existen estudios que relacionen la residencia en lugares más rurales o urbanos con la adherencia farmacoterapéutica.

Otro factor estudiado, corresponde a las patologías concomitantes. En el caso de esta investigación el 72% de los pacientes presentaba patologías concomitantes, lo cual coincide con la situación nacional actual, ya que de acuerdo a la Encuesta Nacional de

Salud ENS 2009-2010, la población presenta un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo. La hipertensión arterial fue la enfermedad más prevalente, en concordancia con información entregada por la OMS que declara a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte en el mundo. Además, otras las enfermedades prevalentes son la diabetes, la artrosis, la depresión y las enfermedades respiratorias crónicas²⁹.

De acuerdo a este estudio, las patologías concomitantes contribuyen a la complejidad de la terapia farmacológica en estos pacientes, debido a que aumenta el número de medicamentos usados para tratar las distintas patologías y con esto, la complejidad de la administración de los fármacos indicados en la AR, aumentando el riesgo de interacciones y reacciones adversas. Así el consumo promedio de medicamentos en la AR es de 3 y 4 para las comorbilidades asociadas, lo cual de acuerdo a la OMS se considera “polifarmacia”²⁹. La complejidad del régimen disminuye la adherencia terapéutica en la medida que aumenta la duración de la terapia, cantidad de comprimidos, número de dosis por día y las precauciones del consumo con alimentos y la ingesta de líquido²⁹, similar a la realidad de los pacientes en estudio, los que consumen tres a once medicamentos diarios, cifras alarmantes considerando que las interacciones farmacológicas influyen directamente en la adherencia terapéutica, por lo tanto es imprescindible educar al paciente en ellas, además de las RAM y horarios de administración, con la finalidad de disminuir la tasa de incumplimiento voluntario en la medida que el paciente sea capaz de comprender las indicaciones de administración del régimen terapéutico.

Otro factor importante, es el nivel de conocimiento que tienen los pacientes respecto su enfermedad. La gran mayoría de los pacientes en estudio mostraron interés por saber cuáles eran los factores de riesgos en el desarrollo de AR. De acuerdo con esto, se analizaron los resultados relacionados con los factores de riesgo y se compararon con estudios internacionales, que afirman una mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres, especialmente durante los años fértiles y la frecuente mejoría durante el

embarazo lo que obliga a considerar el posible papel hormonal en la susceptibilidad a la AR¹³. Otro estudio ⁴¹ demostró que el 89,5% correspondían a mujeres y el 10,5% a hombres, datos muy parecidos a la realidad de los pacientes en estudio.

La susceptibilidad genética de los pacientes con AR también es considerada un factor de riesgo y, de acuerdo a estudios ⁴⁷ internacionales la enfermedad se relaciona con ciertas moléculas expresadas en el complejo principal de histocompatibilidad. Sin embargo, esto podría variar dependiendo de la etnia, considerando que el 56% de los pacientes estudiados refirió antecedentes genéticos.

Asimismo, existen factores ambientales asociados al desarrollo de AR, de los cuales el tabaco ha sido bien estudiado y reconocido como uno de ellos ^{48, 49}. Es sabido que el consumo y exposición al cigarrillo afecta al sistema inmune provocando una respuesta inflamatoria y expresión de múltiples enfermedades autoinmunes que incluye a la artritis reumatoide¹³.

Respecto a los medicamentos utilizados para la AR, la caracterización cualitativa del consumo de fármacos se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la Guía Clínica del MINSAL⁶ y al arsenal farmacológico disponible en la Unidad de Farmacia del CAE del HGF. El uso de analgésicos opioides, AINES y coxibs (celecoxib específicamente), están indicados para el alivio sintomático de la enfermedad, los que no deben ser utilizados como monoterapia. El 60,3% de los pacientes utilizaba el celecoxib, y, según los resultados, correspondió al analgésico antiinflamatorio de mayor prescripción. Se prefiere este medicamento, porque su uso está indicado en dolores crónicos de enfermedades reumáticas⁶.

Por otra parte los glucocorticoides orales son efectivos para para el manejo del dolor y la inflamación articular, pero no deben ser utilizados como monoterapia⁶. El 71,8% de los pacientes que participaron en este estudio consumían prednisona, dato muy parecido a un estudio efectuado en Hospital Clínico San Borja-Arriarán en pacientes con AR ⁵⁰, Según esto, de todos los fármacos prescritos, prednisona fue la de mayor uso durante el estudio, por lo cual se debe poner énfasis en sus RAM.

La selección de los FARME se realiza de acuerdo a la eficacia, forma de administración, costos, inicio de acción y frecuencia de RAM ⁵¹. En relación al tipo de FARME y su tratamiento, de acuerdo a un estudio nacional efectuado en pacientes diagnosticados con AR en el Hospital Clínico San Borja-Arriarán ⁵⁰, el 64,4% de los pacientes utilizaba el metotrexato, situación muy similar a la encontrada en el estudio ⁶ e hidroxicloroquina, que es moderadamente eficaz y suele ser bien tolerada, del mismo modo que la realidad de los pacientes del CAE del HGF. A nivel internacional ⁵², el 72% utilizaba metotrexato.

Mientras que la sulfasalazina y la azatioprina, son los fármacos menos utilizados de acuerdo con estudios nacionales⁵⁰.

El MINSAL en su Guía Clínica 2007, recomienda que todos los pacientes tratados con metotrexato deban recibir suplementación de ácido fólico 1 mg/día, también un inhibidor de la bomba de protones en el caso de pacientes que consumen AINES y calcio con vitamina D3 los que reciban corticoides ⁶. Sin embargo, en algunos pacientes del estudio, estas recomendaciones no se cumplen en su totalidad.

La aparición de efectos adversos debido al uso de fármacos es uno de los factores preponderantes en la adherencia farmacoterapéutica. En este estudio el 54% de los pacientes refirió experimentar alguna RAM, principalmente de tipo gastrointestinal, tales como dolor gástrico, náuseas y diarreas, lo que no es de extrañar considerando que los medicamentos indicados en esta patología se caracterizan por presentar estos efectos gastrointestinales de manera frecuente, lo que se justifica principalmente por su mecanismo de acción, la administración crónica y en muchas oportunidades en altas dosis^{51, 6, 53}. El incumplimiento o abandono de la terapia farmacológica debido a RAM fue la mayor causa observada en los pacientes con AR que participaron del estudio, lo que se justifica además con el escaso nivel que poseen en lo que a tratamiento farmacológico se refiere (ventajas, desventajas, efectos esperados, efectos no deseados, precauciones y advertencias), sumado a creencias y percepciones erróneas acerca de los medicamentos.

De acuerdo con lo expresado, la elaboración de material informativo en la forma de trípticos conteniendo información relevante acerca de las RAM de los fármacos de interés, fue una de las prioridades más importantes del estudio, a fin de modificar urgentemente estas conductas y lograr que los emplearan, según las indicaciones médicas. En relación con este tema en especial, de acuerdo con la política de medicamentos del país ⁵⁴, es responsabilidad del químico farmacéutico mediante programas educativos, mejorar el conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos y contribuir al cumplimiento de la terapia farmacológica, mediante acciones como la realización de intervenciones educativas.

En cuanto a las terapias complementarias, un bajo porcentaje las utiliza. Las más frecuentes fueron la apiterapia y el consumo de cartílago de tiburón. Por tanto, no es considerado un factor de riesgo significativo que aumente la probabilidad de interacciones, ya que corresponden a medicamentos naturales y sin evidencia científica que presenten algún tipo de interacción ².

La detección de PRM se realizó de acuerdo al Segundo Consenso de Granada ³⁹, el PRM de mayor frecuencia fue el de necesidad (38,1%), el que se debió primordialmente a que el paciente no recibió el medicamento que necesitaba por dos razones, ya sea porque los medicamentos no habían sido prescritos por su reumatólogo y, porque algunos pacientes no comprendían la importancia de algunos fármacos, suspendiéndolos sin consultar a su médico.

El otro grupo de PRM más frecuentes fueron los de efectividad (31,8%) y que se relacionan con el uso de la dosis indicada, errores de administración y/o una duración inferior del periodo de tratamiento de sus medicamentos. Según lo señalado anteriormente, esto se debe al temor de los pacientes respecto a las reacciones adversas originadas por los medicamentos que toman o una información errónea de los mismos; ellos creen que sus medicamentos no son importantes y los dejan de ingerir por ciertos periodos de tiempo, lo cual afecta negativamente su calidad de vida (aparecen síntomas y

signos de la enfermedad y esta a su vez, avanza más rápidamente), disminuye la eficacia y genera costos innecesarios de atención en el sistema de salud. Otra razón importante en cuanto a este tipo de PRM, es que los pacientes no comprenden las instrucciones de uso de sus medicamentos, utilizando como resultado menor dosis a la indicada provocando así disminución del efecto e ineficacia terapéutica, lo que también puede ser mejorado con un plan de educación sanitaria enfocado en estos temas^{22, 26}.

El 30,1 % de los pacientes presentó PRM de seguridad, lo cual se evidencia en el alto porcentaje de pacientes que ingieren sus medicamentos todos juntos en la mañana o en la noche, generando interacciones medicamentosas. Otra razón es el aumento de dosis de AINES indicados, debido al dolor persistente y que en algunos casos exceden las dosis máximas permitidas. Así, en todos los PRM detectados, tanto el químico farmacéutico como el reumatólogo tienen la responsabilidad de corregir estos problemas y mejorar el cumplimiento de la terapia farmacológica, mediante intervenciones adecuadas a los problemas detectados^{6, 54}.

Test Morisky-Green: se utilizó para conocer la adherencia de los pacientes a su terapia, sin embargo no constituye la única herramienta para medir la adherencia, lo que quedó de manifiesto al aplicar la entrevista de atención farmacéutica para determinar el horario de administración de sus medicamentos y dosis. Es esta última entrevista fue la que permitió obtener respuestas más detalladas respecto el horario de administración y el cumplimiento de la terapia farmacológica de estos pacientes, en contraste con las respuestas de carácter dicotómico del test Morisky-Green.

Para la pregunta *¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?* el 59% respondió que sí. Ello se relaciona con los pacientes y sus horarios de administración, dado que la mayoría no tiene horarios específicos para ingerir sus medicamentos, lo que contribuye al olvido frecuente de una o más dosis de sus fármacos.

Para la pregunta *¿Toma los medicamentos a la hora indicada?* el 79% respondió que sí; aunque la mayoría refirió que el reumatólogo no indicaba horarios y preferían ingerirlos todos en la mañana o simplemente a cualquier hora del día.

En cuanto a la pregunta, *Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?* un 91% respondió que no los dejaba de tomar. Por otro lado, un pequeño número de pacientes, indicó que sentían temor a consumir algunos medicamentos como celecoxib, leflunomida y prednisona, los cuales podían provocarles problemas por tratarse de “*drogas muy fuertes*” o “*después nada me hará efecto si tomo todos los días el remedio*”(palabras de los pacientes).

Para la última pregunta: *Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomarlos?* 17% de los pacientes respondió que sí, en especial cuando se presentaban molestias gástricas, náuseas o diarreas, o bien se encontraban enfermos.

Respecto a la adherencia global, sólo el 29% calificó como adherente, sin embargo luego de aplicar la entrevista de AF, se solicitó a cada paciente que indicara detalladamente el horario de administración de sus medicamentos, donde algunos de los pacientes que ya habían respondido que “*sí tomaban sus medicamentos a la hora indicada*” no fueron capaces de indicar estos horarios y por lo tanto, según Morisky-Green calificaban en no adherentes, lo que generó disminución del porcentaje de adherencia a 21%.

El bajo nivel de cumplimiento de la terapia observado en el presente estudio, se asocia a factores no farmacológicos tales como, nivel de escolaridad, grado de conocimiento de su enfermedad y medicamentos, apoyo social o familiar, y a factores farmacológicos, como el número de medicamentos que toman y RAM^{35, 29, 53}. Estos factores se relacionan con el paciente, pero otros a considerar como las características de la enfermedad, el sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios también son importantes²⁹.

Índice de Barthel: la mayoría de los pacientes presentó un grado de dependencia de terceros, leve. Es importante señalar que la mayoría de estos pacientes han tenido que hacer adaptaciones en el hogar debido a la destrucción progresiva de sus articulaciones en especial de las manos y los pies, obligándolos a modificar ciertos aspectos de su vida cotidiana. Pese a esto, la mayoría sigue siendo auto valente al momento de la entrevista en lo que respecta a capacidad de realizar su aseo personal, comer e ir al baño, mientras que subir escaleras, caminar más de media hora o levantarse de una silla, les era más difícil de realizar. En la mayoría de los casos realizaban estas actividades con lentitud y dificultad, tal y como también lo establece la literatura en cuanto a sufrimiento e incapacidad de quienes padecen AR, implicando cambios significativos en la rutina, vida diaria y ejercicio físico⁵⁵.

Calidad de vida: de las 30 preguntas, cabe destacar siete de ellas (1, 9, 11, 18, 21,22 y 24) que calificaron con un valor promedio a 2: esto significa “un poco”. Estas preguntas apuntan a tres aspectos fundamentales de la AR: discapacidad física, dolor y estado emocional. Según la encuesta, los pacientes referían sentirse “*bastante*” nerviosos, preocupados y/o deprimidos, igual que lo encontrado en estudios internacionales⁵⁵ que describen el dolor persistente y la percepción de la enfermedad en relación directa con el aumento de depresión y ansiedad.

Otro aspecto importante de la calidad de vida de estos pacientes es la inflamación de sus articulaciones, lo que sumado al dolor persistente les provoca dificultades para dormir. Los pacientes refirieron no poder cargar grandes pesos, debido al dolor y mínima fuerza que tienen en sus manos⁵⁶. Las preguntas 29 y 30 iban dirigidas a valorar el estado de salud y calidad de vida en general, en una escala del 1 al 7 (pésima a excelente). En relación a esta última, los pacientes la valoran con un 5 en promedio, porque se sienten muy dependientes hacia otros miembros de su familia e incapacitados para realizar actividades de la vida diaria que antes podían realizar. El ámbito laboral, es otro aspecto que influye en la calidad de vida, en su mayoría los pacientes estaban jubilados por

discapacidad y se dedicaban a actividades de menor esfuerzo físico como dueñas de casas, vender ropa o hacer aseo, lo que afecta su calidad de vida ^{6,33,55}.

Entrevista de Atención Farmacéutica:

Esta entrevista evalúa el grado de conocimiento de los pacientes respecto su enfermedad, medicamentos, causas de incumplimiento del tratamiento, horarios de administración y RAM. Este instrumento debe estar validado y tener una buena consistencia interna, para lo cual se validó a través del “Protocolo para validación de juicio de expertos” (Anexo N°33), con la participación de tres expertos relacionados con el área de la salud. Cabe señalar que por razones de agenda, el reumatólogo tratante de los pacientes estudiados no formó parte de este grupo. Las sugerencias fueron consideradas al momento de aplicar la entrevista para una adecuada comprensión de los pacientes y así recopilar información necesaria para el estudio.

La primera y segunda pregunta describen el conocimiento que tienen los pacientes respecto su enfermedad, sólo el 26,9% logró responder que se trataba de una *“Enfermedad en la cual se inflaman de las articulaciones”*. Sin embargo, las respuestas más frecuentes fueron *“inflamación de los huesos o del cartílago”*, *“mucho dolor y deformidad de los huesos”* y *“enfermedad invalidante”*. Más de la mitad de los pacientes desconoce de qué trata su enfermedad y al igual que en algunos países, las cifras de desinformación son alarmantes en cuanto a la enfermedad, medicamentos, horarios de administración y efectos no deseados de sus medicamentos ⁵⁷. Otro aspecto relevante, es la poca comunicación con el médico tratante. De acuerdo a lo señalado y considerando que la AR es una patología crónica, la interacción con el reumatólogo debiera ser periódica, condición que en este caso no se cumple. Algunas razones que explican estos resultados son, la imposibilidad de acceso a horas de consulta con el reumatólogo en forma oportuna ³⁶ y la no existencia de programas educativos en el servicio de CAE del HGF dirigidos a informar mejorar la conducta del paciente respecto su tratamiento.

De acuerdo a lo señalado, es necesario un control más periódico del paciente y una comunicación fluida con su reumatólogo, tal y como lo indican estudios³⁶ que manifiestan la carencia de información que reciben los pacientes con AR en cuanto a su enfermedad, a pesar que efectivamente, ellos desean conocer más acerca de su enfermedad.

Las preguntas 3 y 4 pretenden evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes respecto sus medicamentos. Según esto, un 47,5% fue capaz de nombrar los usos de estos. El grado de conocimiento respecto a los medicamentos utilizados para la AR es relativamente bajo, considerando que menos de la mitad logró responder correctamente estas preguntas. Como ya se manifestó antes, los pacientes con AR del CAE del HGF no sabían la importancia de sus medicamentos y sentían temor a tomar medicamentos catalogados como *“drogas muy fuertes”* por ellos mismos.

Las preguntas 5 y 6 se relacionan con la adherencia al tratamiento. En general los pacientes no tienen horarios determinados para tomarlos. Por lo mismo, fue necesario, explicar la importancia del horario de administración de fármacos en la AR y con esto evitar interacciones y aparición de efectos adversos, y del mismo modo, contribuir a la disminución de incumplimiento terapéutico. De acuerdo a esto, se debió ampliar la información facilitada al paciente y educar acerca de los horarios de administración, más aun considerando que muchos de los pacientes presentaban numerosas comorbilidades asociadas.

Las preguntas 7,8 y 9, midieron el conocimiento de los pacientes respecto a las reacciones adversas de los medicamentos de la AR. La mayoría de los pacientes cuando sienten que algún medicamento le provoca molestias, lo suspenden sin consultar a su médico. Asimismo, respecto al conocimiento de las RAM, menos de la mitad de los pacientes conoce alguna de estas.

El nivel de conocimiento en estos pacientes es preocupante y se refleja de manera significativa en el incumplimiento a la terapia farmacológica. La necesidad de apoyar a

este grupo de pacientes es urgente, más aun al tratarse de una enfermedad crónica, progresiva e incapacitante. Así todos y cada uno de los factores anteriormente nombrados y que inciden en la adherencia terapéutica se deben considerar al momento de realizar una intervención educativa en estos pacientes.

Es importante señalar, que al aplicar este instrumento de medición, se evidenció que contiene preguntas mucho más específicas y claras relacionadas con los medicamentos, en contraste con el Test de Morisky-Green, que sólo consta de cuatro preguntas dicotómicas. En relación a la pregunta *¿Toma los medicamentos a la hora indicada?*, muchos pacientes contestaron que sí, pero al momento de señalar los horarios muy pocos lo hacían correctamente, dado que el cumplir para ello significaba por ejemplo tomarlos todos juntos y en algunos casos no decían la verdad. En cambio, la entrevista de AF solicita al paciente dar detalles de sus horarios de administración y RAM, lo que favorece plenamente la comunicación paciente-químico farmacéutico, permitiendo así acceder a información relevante de la terapia farmacológica que utiliza cada paciente.

Incumplimiento de la adherencia terapéutica: de acuerdo a lo establecido por la OMS, existen cuatro tipos de factores relacionados con problemas de adherencia a la medicación: características del régimen, factores del paciente, relación entre prestador y paciente y sistema de atención²⁹.

Las causas de mayor frecuencia del incumplimiento de la terapia farmacológica en estos pacientes fueron los efectos no deseados (31%) y el olvido (27%). Las RAM influyen en la medida que los pacientes abandonan su terapia o los consumen por un periodo inferior al indicado, según lo explicado anteriormente que se relaciona con información errónea que tienen respecto a estas, lo cual genera temor en los pacientes y aumenta el incumplimiento, similar a lo establecido por la literatura²⁹. Por otro lado, el olvido se relaciona con la poca claridad que tienen los pacientes de sus horarios para ingerir los medicamentos, para lo cual se entregó un cronograma de administración de sus medicamentos. Esto, con el propósito de disminuir el porcentaje de pacientes que toman

todos sus medicamentos juntos o de aquellos que no tienen horarios establecidos y los ingieren en cualquier hora del día.

Otra de las causas del incumplimiento o cumplimiento parcial de la farmacoterapia fue el error de administración relacionado con la poca claridad de los pacientes respecto a las pautas de administración de sus medicamentos indicadas por el reumatólogo, provocando disminución de la eficacia y seguridad de la terapia farmacológica. Otras causas de menor frecuencia asociadas a la no adherencia farmacoterapéutica fue encontrarse de viaje y reducción en el financiamiento familiar.

Entrega de material educativo/Intervención Farmacéutica:

Las intervenciones se realizaron de acuerdo a lo establecido por Sabater y colaboradores ⁴⁰. Se efectuaron en total 213 intervenciones, sólo de la categoría “educación al paciente”.

En la primera intervención se educó al paciente respecto instrucciones de uso, administración y precauciones de sus medicamentos, lo cual se realizó de forma oral y escrita, con el apoyo de trípticos que contenían información relevante de su enfermedad ^{5, 6, 18, 58} y medicamentos ^{17, 53, 60, 61}.

La segunda intervención se orientó a “modificar actitudes respecto al tratamiento” y dirigida a disminuir el incumplimiento voluntario de los pacientes respecto su tratamiento. En este punto se explicó a los pacientes el significado del término adherencia al tratamiento (¿Qué es?, ¿Para qué sirve?) y la importancia en la AR. También se explicó acerca de factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, relacionados con el paciente, los medicamentos y el médico tratante. Cabe señalar que la información fue entregada de forma oral.

La tercera intervención se trató de educación al paciente, trató de medidas no farmacológicas ^{26, 62, 63, 64}, es decir, todas aquellas medidas higiénicas- dietéticas que

favorecen el control de la inflamación y dolor asociados a la AR. Se entregaron trípticos relacionados con temas que incluyen la alimentación, deporte, y adaptaciones en el hogar de estos pacientes, ámbitos importantes a considerar en la evolución de la enfermedad.

Luego, se entregó un cronograma de administración de medicamentos, debido al gran incumplimiento detectado en los horarios de administración, con el fin de mejorar el cumplimiento de la terapia. Los pacientes no tienen horarios para ingerir sus medicamentos y olvidan administrarlos con frecuencia, ingiriéndolos cuando se acuerdan o en distinto horarios. En el cronograma entregado se acomodaron sus horarios en conjunto con el paciente llegando a un acuerdo según los horarios disponibles y adecuados para realizarlo. El propósito fue proporcionar a los pacientes una herramienta visible en su hogar que sirviera para recordar los horarios de sus medicamentos.

Hallazgos durante el estudio:

El análisis de datos demostró que los pacientes poseen un bajo nivel de conocimiento respecto su enfermedad y medicamentos. En cuanto a la enfermedad es necesario explicar detalladamente el impacto de esta y su avance progresivo. Respecto a la AR, la gran mayoría de los pacientes solicitaban información de la AR en cuanto a medidas de protección articular y deformación de articulaciones. En cuanto a los medicamentos, no tenían conocimientos de la acción terapéutica, forma de administración, precauciones, advertencias y RAM, de los cuales las reacciones adversas eran la de mayor interés por parte de los pacientes en estudio.

Otro factor relevante fueron las RAM y su desconocimiento por los pacientes. De acuerdo a los resultados, algunos pacientes no lograron entender la información de los trípticos y presentaron dificultades en la comprensión de ciertas palabras. Según esto, el diseño y adaptación del lenguaje se deben considerar para que los pacientes puedan comprender la información entregada.

Otro hallazgo relaciona de manera importante los PRM de seguridad con adherencia farmacológica, esto en la medida que los pacientes ingerían todos los medicamentos juntos con una mayor probabilidad de presentar RAM y abandono de la terapia, mientras que los pacientes con horarios definidos fueron más adherentes a su farmacoterapia.

Por otro lado, ningún paciente del estudio conocía el significado de adherencia farmacoterapéutica adherencia al tratamiento, lo cual conlleva a contar con programas educativos que entreguen información sobre este tema tan importante para pacientes con AR del HGF.

Respecto la comunicación médico-paciente es primordial que éste indique a sus pacientes como deben ingerir los medicamentos y cuáles son los horarios para hacerlo. Luego es el químico farmacéutico quien debe reforzar esta información a los pacientes cuando acuden a retirar sus medicamentos y orientarlos en lo que respecta su enfermedad, aclarando todas las interrogantes que posean los pacientes y que no hayan sido resueltas al momento de la cita con el médico. El rol del equipo de salud es entonces, educar al paciente y su grupo familiar, además de brindar apoyo durante el proceso de la enfermedad ⁶, de acuerdo a lo señalado y según estudios ^{1,65}, se recomienda que todos los pacientes deban recibir educación apropiada al respecto de su enfermedad y fármacos de uso habitual lo cual contribuye al éxito terapéutico, incremento de la adherencia al tratamiento farmacológico y disminución costos en atención médica.

En este estudio se logró describir un gran número de factores farmacológicos y no farmacológicos que influyen en la adherencia terapéutica, algunos más significativos que otros, lo cual permitió determinar las deficiencias y necesidades de los pacientes en relación a la adherencia terapéutica. Con estos hallazgos, es posible dar inicio a la elaboración de un plan de intervención educativa en la cual el químico farmacéutico debe participar en conjunto con el reumatólogo para lograr mejorar estos aspectos.

Es importante señalar que actualmente no existe un químico farmacéutico que realice intervenciones en forma sistemática a los pacientes con AR del CAE del HGF, es por esto que se debe fomentar la promoción de la salud mediante educación respecto enfermedad, medicamentos y la importancia de la adherencia al tratamiento de AR ⁵.

Propuesta de intervención farmacéutica educativa

Se plantea la realización de un estudio para evaluar la propuesta de intervención farmacéutica de tipo educativa y teniendo en cuenta los factores farmacológicos y no farmacológicos detectados durante el presente trabajo. Para esto se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1. Diseño del estudio:** estudio descriptivo de tipo longitudinal y prospectivo.
- 2. Muestra:** Pacientes con AR que retiran sus medicamentos en la Unidad de Farmacia del HGF.
- 3. Selección de la muestra:** debe ser calculada para obtener resultados representativos y extrapolables a todo el universo de pacientes diagnosticados con AR y que se asisten a la Unidad de Farmacia del CAE del HGF, y así extrapolar los datos obtenidos. Cabe señalar que una de las limitaciones más importantes del presente estudio fue que no se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, debido a lo acotado del tiempo que se disponía para ejecutar el internado.
Otra limitación fue que la muestra seleccionada no contaba con un grupo control de pacientes, lo cual es muy importante de considerar para comparar un grupo al cual se realiza la intervención farmacéutica y a otro que no.
- 4. Duración:** se propone una duración de seis meses como mínimo, para lograr realizar más de una intervención educativa.
- 5. Criterios de elegibilidad:** los criterios de elegibilidad corresponden a los aplicados en el presente estudio, debido a que no hubo problemas respecto a estos y se logró incluir a los pacientes según criterios establecidos.

- 6. Lugar en donde se realizaría la intervención educativa:** la Unidad de Farmacia del CAE del HGF, dado que es aquí donde acuden los pacientes a retirar sus medicamentos y se puede invitar a los pacientes en la medida que asisten a retirar sus medicamentos. Sin embargo, existen brechas en cuanto al espacio físico disponible para realizar la intervención, se debería considerar un lugar más privado y amplio, para que los pacientes se sientan en confianza al momento de interactuar con ellos, lo cual influye de manera importante en respuestas entregadas.
- 7. Duración de las intervenciones:** se propone ampliar el número de sesiones educativas, dado que una de las limitaciones del presente estudio fue que la intervención duró media hora y se realizó sólo una vez. Se plantea realizar una intervención de dos horas cada quince días.
- 8. Instrumentos:** se debería aplicar el test de Morisky-Green y la entrevista de Atención de Farmacéutica antes y después de la intervención, con la finalidad de determinar el nivel de adherencia. Además de los test aplicados en el estudio para caracterizar a los pacientes. Al grupo control también se aplicarían ambos instrumentos de medición, sin embargo no se les aplicaría la intervención. Cabe señalar que las preguntas incluidas en la evaluación de AF fueron sometidas al Protocolo de Validación por un Juicio de Expertos (Anexo N°33).
- 9. Materiales:** para una adecuada entrega de información, se propone utilizar trípticos que tengan un lenguaje apropiado según los distintos grupos de pacientes considerando el nivel de escolaridad y la edad, con la finalidad de permitir una mejor comprensión de la información entregada. Se podría utilizar material de apoyo audiovisual, y con esto generar mayor impacto de la intervención en los pacientes a través de su atención e interés por la información entregada.
- 10. Diseño de Entrevista:** según el Método Dáder ³⁹ para recopilar datos de interés y seguir una estructura lógica en cuanto al seguimiento farmacoterapéutico que implica esta actividad.

- 11. Metodología:** los instrumentos se deberían aplicar al inicio y al final del estudio, esto en ambos grupos, pero las intervenciones de educación sólo se aplicarían a un grupo de pacientes, al grupo control se indicaría que acudieran sólo a retirar sus medicamentos durante este periodo de tiempo.
- 12. Tópicos:** toda la información utilizada se basaría en los hallazgos detectados en el presente estudio que incluyen información de la enfermedad, el impacto a nivel social, personal, económico, laboral y de salud, consecuencias del abandono de la terapia, importancia de los medicamentos con énfasis en las reacciones adversas y precauciones, mitos sobre medicamentos, factores que influyen en la adherencia al tratamiento, alimentación, deporte, medidas de autocuidado, adaptaciones en el hogar, otras enfermedades reumáticas y terapias complementarias, tópicos que corresponden a los detectados durante el estudio y sugeridos por los pacientes.
- 13. Sesiones personales/ grupales:** considerando que el número de pacientes es elevado, en un futuro estudio se podrían realizar algunas intervenciones grupales en lo que respecta a la enfermedad, las medidas no farmacológicas y de autocuidado en el paciente, con fin de abarcar una mayor cantidad de pacientes. Mientras que aquellas enfocadas en los medicamentos serían individuales.
- 14. Familiares y/o cuidadores:** otro aspecto a considerar, sería realizar capacitaciones a la familia y/o cuidador de los pacientes, con el fin de transmitir su núcleo social el impacto de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico y las medidas no farmacológicas del pacientes, y de esta forma reforzar y apoyar los conocimientos entregados al pacientes, quien en caso de olvidar alguna recomendación pueda acudir a su grupo más cercano.
- 15. Otras intervenciones:** se propone que el químico farmacéutico, además de participar de estas intervenciones educativas, trabaje y colabore en conjunto con el equipo de salud que incluye al reumatólogo, enfermeras, terapeutas ocupacionales y psicólogos, para brindar una atención integral a estos pacientes, en cuanto a intervenciones en las estrategias farmacológicas y en la cantidad de medicamentos utilizados, ya que es

el farmacéutico quien puede aportar y colaborar en las decisiones que se relacionan con este tipo de intervenciones.

16. Otras consideraciones:

- Programa educativo: de acuerdo a información establecida en la bibliografía ⁴¹, el programa educativo que cuenta con un mejor soporte es el Arthritis Self-Management Program (ASMP), el cual ha sido adoptado por la Arthritis Foundation en Estados Unidos, debería considerarse la revisión de este tipo de programas.
- Validación de entrevista AF: se deberían considerar en su totalidad las sugerencias y observaciones de la validación realizada por los distintos profesionales de la salud. En el presente estudio, sólo se consideraron algunas sugerencias por limitaciones de tiempo. Se propone agregar la pregunta: ¿Ud. sabe que significa el término reacciones adversas a medicamentos?, debido a que la mayoría de los pacientes no sabían que significaba este término.
- Edad: se debería considerar en la elaboración del material educativo, ya que durante el estudio realizado, los pacientes de rango etario mayor de sesenta años, tenían una comprensión más lenta y preferían menor cantidad de información escrita, pero mayor cantidad de imágenes explicativas. En cambio, los pacientes menor edad, no mostraron mayor dificultad respecto a la información entregada.
- Financiamiento: se podría considerar el financiamiento del traslado para no generar un gasto adicional en los pacientes y así disminuir la pérdida de pacientes durante el estudio. O de lo contrario establecer una entrevista mensual y extender el periodo del estudio.

CONCLUSIONES

1. La caracterización de la población coincide con los datos obtenidos de estudios realizados a nivel nacional e internacional, donde el alto porcentaje de pacientes de género femenino se relaciona con los factores de riesgo de desarrollo de AR.
2. Los PRM de mayor y menor frecuencia fueron los de “necesidad” y “seguridad” respectivamente. Los de necesidad se deben en su mayoría a que el reumatólogo no ha prescrito alguno de los medicamentos que necesita el paciente y el de seguridad dado que existe gran cantidad de pacientes que ingiere sus medicamentos en el mismo horario.
3. Los factores asociados al incumplimiento o cumplimiento parcial de la terapia farmacológica se relacionan principalmente con los efectos no deseados y al olvido en la ingesta de medicamentos. El grado de conocimiento de estos pacientes respecto su enfermedad y medicamentos, fueron también factores significativos en la adherencia al tratamiento farmacológico.
4. La entrevista de AF se evidenció como una herramienta que permite conocer la adherencia a la terapia farmacológica de estos pacientes, debido a que permite obtener respuestas más específicas en comparación con las de carácter dicotómico del test de Morisky-Green.
5. La entrega del material educativo fue muy valorado por los pacientes, debido a que la mayoría se encontraba desinformado respecto su enfermedad, medicamentos y sus horarios de administración.
6. Finalmente, de acuerdo con los resultados obtenidos, se plantea la elaboración de un plan de intervención educativa, que considere todos los aspectos detectados en este estudio que contribuyan a mejorar la adherencia, eficacia y seguridad de la terapia farmacológica, en donde el químico farmacéutico tiene un rol fundamental en colaboración con el resto del equipo de salud.

REFERENCIAS

1. Salt E. 2010. Adherence to Disease Modifying Anti. Rheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis Patients: A Narrative Review of the Literature. *OrthopNurs.* 29 (4): 1, 7, 10.
2. Laffón, A, González, I. 1998. Artritis Reumatoide. Concepto, epidemiología y patogenia. En: Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. *Tratado de Reumatología.* Madrid: Arán ediciones. 421-2.
3. Ramírez EJ. Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico convencional en pacientes con artritis reumatoide. Tesis para optar al título de Química Farmacéutica, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, 2013.
4. Silman AJ, Hochberg MC. 2001. *Epidemiology of the rheumatic diseases,* 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press.
5. Uribe L, Gómez L, Amariles P. 2010. Artritis Reumatoide: Características, criterios diagnósticos y epidemiología. *Guía de Actuación Farmacéutica en Pacientes con Artritis Reumatoide* 1º ed. Editorial Medicarte S.A. Colombia, pp 24, 48, 183-189.
6. Ministerio de Salud. 2007. *Guía Clínica Artritis Reumatoide.* Santiago: MINSAL. pp: 8, 9, 18-27.
7. Romero I, Antón R, Borrás J, Navarro A. 2005. Atención Farmacéutica a Pacientes con Artritis Reumatoide y Psoriásica en Tratamiento con Etanercept. *Farmacia Hospitalaria.* 29 (3): 172.
8. Silman A. 2002. The changing face of rheumatoid arthritis: Why the decline in incidence? *Arthritis Rheum.* 46: 579-81.
9. Instituto Nacional de Estadísticas, Censo 2002.
10. Vinicio C, Chalem P, Londoño J, Restrepo J, Iglesias A, Vélez P, Valle R y colaboradores. 2002. Primer consenso colombiano sobre el tratamiento de la artritis reumatoide temprana. *Revista Colombiana de Reumatología.* 9 (4): 324.
11. Spektor TD. 1990. Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 16 (3): 513-37.
12. Díaz E, Abud C, Garza M, Medrano G, Orozco J, Pacheco C, Pineda C. y colaboradores. 2005. Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. *Revista de Investigación Clínica.* 57 (5): 738, 741.

13. Ruiz-Esquide E y Sanmartí R. 2012. Tabaco y otros factores ambientales. *Reumatología Clínica*. 8 (6): 344-347.
14. Alehata D, Neogi T, Silman A.J, Funovits J, Felson D.T, Bingham CO, y colaboradores. 2010. Rheumatoid arthritis classification criteria: American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative, *Ann Rheum*. 69:1570-8.
15. Alehata D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson D.T, Bingham CO, y colaboradores. 2010. Rheumatoid arthritis classification criteria: American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative, *Arthritis Rheum*. 62:2569-81
16. Sociedad española de reumatología. 2007. Guía práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide: diagnóstico de la artritis reumatoide. Madrid. Disponible en: http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Diagnostico/Menu3_Diagnostico_AR_III3.php. (Página visitada: 7 de abril de 2014).
17. Formulario modelo de la OMS 2004, Sección n°2: Fármacos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/6.4.html>. (Página visitada: 16 de diciembre de 2014).
18. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. 2002. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 46(2): 328-46.
19. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Más enfermedades, AUGE, Artritis Reumatoide. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e03c08fac00143dee0400101650176c1.pdf> (Página visitada: 16 de febrero de 2014).
20. Hakkinen A, Sokka T, Kotaniemi A, Hannonen, P. 2001. A randomized two-year study of the effects of dynamic strength training on muscle strength, disease activity, functional capacity and bone mineral density in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 44:512-22
21. Kwon CK, Anderson JG, Green JM, Johnson DA. 2002. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 46:328-346.
22. Warsi A, La Valley M. 2002. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum*. 48: 2207-13.
23. Navarro D. 2006. Tratamiento de pacientes con Artritis Reumatoide. *GU 4*: 31.

24. Domingo MA. Evaluación e impacto de la intervención farmacéutica mediante el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con terapia biológica. Memoria de tesis para optar al grado de Doctor en farmacia, Universidad de Granada, Granada, 2009.
25. Panel de expertos. Guía práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Intervenciones no farmacológicas, 2007 pp: 157-159.
26. Payares K, Lugo LH, Ramírez LA, Arbelaez J. 1988. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia: Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Educación, Volumen uno. Editorial Impresiones Gráficas Jes, Colombia, pp: 18-Ed.
27. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2002. Artritis Reumatoide. Duodécima parte. Capítulo 312: 2255-2265.
28. Tornero J, Sanmartí R. 2010. Actualización del documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en artritis reumatoide. Reumatología Clínica. 6 (1): 28.
29. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004. Washington D.C, pp: 3-4,136-140.
30. Taal E, Rasker JJ, Seydel ER, Weigman O. 1993. Health status adherence with health recommendations and social support in patients with rheumatoid arthritis. Patient education and counseling. 20: 68- 76.
31. Waimann C. 2013. Electronic monitoring of oral therapies in ethnically diverse and economically disadvantage patients with rheumatoid arthritis. Consequences of low adherence. Arthritis Rheumatoid. 65 (6): 6.
32. García- González A, Richardson M, Popa-Lisseanu MG, Cox V, Kallen MA, Janssen N, Marcus D, Reveille JD. 2008. Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol. 27:883-889.
33. Salt E and Fraizer S. Predictors of medication adherence in Patients with rheumatoid arthritis. 2011. Drug Dev Res. 72 (8) pp 2, 5.

34. Brus H, van de Laar M, Taal E, Weigman O, Rasker JJ. 1999. Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Educ Couns.* 36: 57-64.
35. Salt E and Fraizer S. Predictors of medication adherence in Patients with rheumatoid arthritis. 2011. *Drug Dev Res.* 72 (8) pp 2, 5.
36. Werner AM, Kalisli s, Salazar k, Bustos L y cols. 2006. Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. *Rev Méd Chile.* 134:1501-1505.
37. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD. 2004. Medication adherence in rheumatoid arthritis: Effects of psychosocial factors. *Psychology, Health & Medicine.* 9(3): 337-349.
38. Machuca M, Fernández F, Faus J. 2003. Método DADER: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico, Granada, pp: 4, 36,81, 86, 88.
39. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Grupo e Investigación en Farmacología Aplicada, Grupo de Investigación en Farmacología.2002. Segundo Consenso de Granda sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica.* 43: 185.
40. Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus M. 2005. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapeutico* 3: 2, 90-9.
41. Escorcia ME, Osorio H, Pérez CA, Thulcán M, Caballero c, Borda M. 2006. Efectividad de una intervención educativa en pacientes con artritis reumatoide. *Hospital Universidad del norte. Barranquilla. Revista Colombiana Reumatología.* 13 (1): 12-19.
42. Minitab 16, Programa de ejecución de análisis estadístico, versión número 16.
43. Cardiel MH y Rojas J. 2002. Community based study estimate prevalence, burden of illnes and help seeking behavior in rheumatic diseases in México City. *Clin Exp Rheum.* 20:617-24.
44. Werner A y Leal H. 2002. Análisis de las interconsultas de pacientes nuevos recibidas en un policlínico de reumatología de un hospital terciario. *Rev Méd Chile.* 130 (7): 753-759.
45. Dougados M y cols. 2013. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study. *Ann Rheum Dis.* 0: 1.

46. Fernández LC, Vásquez B, Fernández L, Moreno P, Fruns I y Liso J. 2008. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Farm Hosp.* 32(3):179-180.
47. Jouanen E, Abud C, Garza M y cols. 2005. Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. *Revista de Investigación Clínica.* 57(5):4.
48. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki k, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A. 2010. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* 69: 70-81.
49. Albanense M.2008. Tabaquismo y enfermedades reumáticas. *Rev chilena reumatol.*24:3.
50. Fuentealba C y Ballesteros F. 2002. Costos e impacto económico de la medicación ambulatoria de la artritis reumatoide en una población chilena seleccionada. *Reumatología.* 18(1):20-22.
51. Martín, E, Cantero, S, Sánchez, F, Gómez, J.2003. Nuevas perspectivas en el tratamiento de la artritis reumatoide, *Farmacia Hospitalaria.* 27(6): 361,365.
52. Crespo I, Antón T, Borrás J, Navarro R, 2005. Atención farmacéutica a pacientes con artritis reumatoide y psoriásica en tratamiento con etanercept. *Farm Hosp.* 29(3):171-172.
53. Flórez J.2003. *Farmacología Humana. Fármacos analgésicos-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos.*4ª Edición. Editorial Masson S.A. España, pp 435-447,355-368, 381-386.
54. Ministerio de Salud. 2007. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud. Santiago, 23-25.
55. Vinaccia S, Contreras F, Restrepo LM, Cadena J y Anaya JM. 2005. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 5(1): 131-133.
56. Gaviria AM, Quiceno JM, Martínez K, Yepés M, Echavarría C, Contreras F y Pineda R. 2006. Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con AR. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica.* 24(1):24.
57. Chaccha RI y Rojas CP. Grado de conocimiento de los pacientes crónicos ambulatorios sobre su tratamiento farmacológico. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, 2007.

58. Lipsky P. 2001. Rheumatoid Arthritis, Harrison's Principles of Internal Medicine, 15 ed., Ed. McGraw Hill, USA, pp. 1929-1937.
59. Porcel J.M, 2006, Enfermedades sistémicas autoinmunes del adulto: conectivopatías y vasculitis, Ed. Edicions de la Universitat de Lleida, España pp. 202-106
60. Diaz- Jovanen, Efrain Et Al, 2005, Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. Rev. Invest. Clin, 57(5): 735-755
61. Kenneth H. 2000. Nuevos tratamientos para la Artritis Reumatoidea, drogas antirreumáticas de acción lenta disponible y prometedora, Rev. Cubana Med., 39(3): 180-189
62. Chapinal A. 2003. Rehabilitación de las manos con artritis reumatoide y artrosis en terapia ocupacional. Artritis Reumatoide. Primera Edición. Editorial Masson. España, pp 51-64.
63. VlietVlieland T.P., Van Der Ende C.H., 2011, Non Pharmacological treatment of rheumatoid arthritis, Curr Opin Rheumatol, 23(3): 259-264.
64. Wetsby M. 2012. Ejercicio y Artritis. American College of Rheumatology: Educación, tratamiento e investigación, pp 1-4.
65. Hill J, Bird H y Johnson S. 2001. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Ann Rheum. 60: 872-874.

ANEXOS

ANEXO N°1

Consentimiento informado

Estimado(a) paciente:

Le invitamos a participar en un estudio, a ser realizado por Alejandra Rosmery Cabrera Huerta, y dirigido por la profesora Patricia Acuña Johnson (Universidad de Valparaíso) y Nilda Sánchez Toro (Hospital G. Fricke), ambas químico-farmacéuticas.

El estudio se titula “*Descripción de factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la artritis reumatoide para la elaboración de una propuesta de intervención educativa en pacientes que asisten al Consultorio de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke*”, cuyo objetivo es describir factores que influyen en la adherencia al tratamiento y con esto proponer un plan de intervención educativa en pacientes ambulatorios con artritis reumatoide atendidos en el hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar. Su participación es **voluntaria** y puede elegir ser o no ser parte del estudio, de modo que si se niega a participar seguirá recibiendo la misma atención que hasta ahora. De igual forma, si usted acepta participar, puede retirarse en cualquier momento que estime conveniente, sin problemas ni sanciones.

Durante el estudio se realizará una entrevista, aplicación de distintas encuestas y entrega folletos informativos. Sus datos serán identificados por medio de sus iniciales, de manera que toda la información recopilada al respecto será **estrictamente confidencial**. Asimismo, es importante destacar que su participación y la de todos los miembros del equipo en este estudio, no involucra compensaciones de ninguna naturaleza. El estudio tiene una duración aproximada de 5 meses.

Formulario de consentimiento informado:

Yo, _____, con fecha _____, declaro que me ha sido leída y he leído la información proporcionada, he podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Autorizo voluntariamente para que se utilice la información solicitada anteriormente.

ACEPTO

ANEXO N°2
Mini Mental State Examination

¿En qué año estamos? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿En qué estación? 0-1		
¿En qué día (fecha)? 0-1		
¿En qué mes? 0-1		
¿En qué día de la semana? 0-1		
¿En qué hospital o (lugar) estamos? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1		
¿En qué provincia estamos? 0-1		
¿En que país (o nación, autonomía)? 0-1		
Nombre 3 palabras Peseta-Caballo-Manzana o (Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto a cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. PESETA 0-1 CABALLO 0-1 MANZANA 0-1 (BALÓN 0-1 BANDERA 0-1 ARBOL 0-1)	N° de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx. 5)	
Preguntar por las 3 palabras mencionadas anteriormente	RECUERDO Diferido (Máx. 3)	

<p>PESETA 0-1 CABALLO 0-1 MANZANA 0-1</p> <p>(BALÓN 0-1 BANDERA 0-1 ARBOL 0-1)</p>		
<p>DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. LAPIZ 0-1 PULSERA 0-1.</p> <p>REPETICIÓN. Pedirle que repita a frase: <i>“ni sí, ni no, ni pero”</i>(o <i>“En un trigal había 5 perros”</i>)</p> <p>Órdenes. Pedirle que siga la orden: <i>“Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”</i></p> <p>Coje con mano d. 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en el suelo 0-1</p> <p>LECTURA. Escriba legiblemente en un papel <i>“Cierre los ojos”</i>. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.</p> <p>Escritura. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1.</p> <p>Copia. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx. 9)</p>	
<p>Puntuaciones de referencia</p> <p>27 ó más: normal</p> <p>24 ó menos: sospecha patológica</p> <p>12-24: deterioro</p> <p>9-12: demencia</p>	<p>PUNTUACIÓN TOTAL</p> <p>(Máx. 30 puntos)</p>	

Fuente: Folstein MF, Folstein SE, and McHugh PR, 1975.

ANEXO N°3

Ficha de registro de datos

Paciente	Sexo	Edad	peso	Altura	Fecha Nacimiento

- **Antecedentes personales**

Actividad laboral o a que se dedicaba

Estado civil

Con quien vive

Tiene apoyo social

Nivel de educación

- Sin estudios
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media incompleta
- Media completa
- Técnico superior
- Universitaria

- **Historia médica familiar**

Padre	Madre
Hermanos	Hijos

- **Prescripciones para patologías concomitantes**

Medicamento	Dosis	Indicación

- **Prescripciones no habituales (No indicadas por el doctor)**

Medicamento	Dosis	Indicación

- **Factores asociados a estilo de vida**

Factores	Observación
¿Fuma? Si fuma indique el n° cigarrillos/diarios	
¿Bebe?	
¿Práctica deporte o algún ejercicio físico?	
Describa su alimentación	

- **Detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)**

Clasificación	Tipo	Descripción
PRM	N° N° N°	
RAM	- -	

ANEXO N°4

Test Morisky-Green

	Sí	No	Observaciones
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?			
¿Toma los medicamentos a la hora indicada?			
Cuando se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?			
Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?			

El paciente es considerado como cumplidor si responde de forma correcta las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. De acuerdo a esto el resultado será: paciente cumplidor o paciente incumplidor.

Fuente: Rodríguez M, García E, Amariles P, Rodríguez A y Faus M. 2008

ANEXO N°5

Entrevista de Atención Farmacéutica

Nombre paciente: _____
 Rut: _____ Edad: _____ Género: _____
 Médico: _____
 Fecha: _____ Fono de contacto: _____

1. ¿Sabe de qué se trata su enfermedad?

2. Si sabe de que trata ¿Podría explicar que es la AR?

3. Comprende para que le sirven sus medicamentos de la AR?

4. Si comprende para que le sirven, ¿Podría explicar el uso de cada uno?

Medicamento	Indicación (uso)

5. ¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos?

6. Si cumple el horario, especifique el horario de sus medicamentos para AR

Medicamento	Dosis	Horario

7. ¿Qué hace cuando los medicamentos le provocan alguna molestia?

8. ¿Conoce las reacciones adversas de sus medicamentos?

9. Si las conoce ¿podría nombrarlas?

Fuente: Vergara CI. Implementación de un plan de atención farmacéutica para el programa de alivio del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, 2012.

ANEXO N°6

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA (EORTC QLQ-C30)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “acertadas o “desacertadas”.

1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?				
3. ¿Tiene dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?				
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?				
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				
DURANTE LA SEMANA PASADA				
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8. ¿Tuvo sensación de “falta de aire” o dificultad para respirar?				
9. ¿Ha tenido dolor?				
10. ¿Necesitó parar para descansar?				
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12. ¿Se ha sentido débil?				
13. ¿Le ha faltado el apetito?				
14. ¿Ha tenido náuseas?				
DURANTE LA SEMANA PASADA				
15. ¿Ha vomitado?				
16. ¿Ha estado estreñido/a?				
17. ¿Ha tenido diarrea?				
18. ¿Estuvo cansado/a?				
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?				
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				
21. ¿Se sintió nervioso/a?				
22. ¿Se sintió preocupado/a?				
23. ¿Se sintió irritable?				
24. ¿Se sintió deprimido/a?				
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?				

ANEXO N°7

Índice de Barthel

<p>Comida</p> <p>10. Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.</p> <p>0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</p>
<p>Aseo</p> <p>5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.</p> <p>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.</p>
<p>Vestirse</p> <p>10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.</p> <p>5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.</p>
<p>Arreglarse</p> <p>5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</p> <p>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.</p>
<p>Deposición</p> <p>10. Continente. Ningún episodio de incontinencia.</p> <p>5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.</p>

Micción

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orina, pañal, etc)

5. Accidente ocasional. Presenta un máximo un episodio de incontinencia en 24 horas o requiere ayuda para manipulación de sondas y otros dispositivos.

0. Incontinente

Ir al retrete

10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.

0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Traslado cama/sillón

15. Independiente. No requiere ayudar para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.

0. Dependiente. Necesita grúa o el alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede andar 50 m o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión. 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
Subir y bajar escaleras 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.
Total

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>o igual de 60	Leve
100	Independiente

Fuente: Cid-Ruzafa, J. 2007.

ANEXO N°8

Pauta de evaluación de entrevista de atención farmacéutica

N°	Preguntas	Respuestas
Conocimiento de la enfermedad		
1	¿Sabe de qué trata su enfermedad?	Sí No
2	Si sabe de qué trata ¿Podría explicar que es la artritis reumatoide?	Responde erróneamente Enfermedad crónica y/o autoinmune
Conocimiento del uso de sus medicamentos		
3	¿Comprende para que sirven los medicamentos de la artritis reumatoide?	Sí No
4	Si comprende para que sirven, ¿Podría nombrar el uso de cada uno?	Información incorrecta Menciona 1 uso correcto Menciona 2 o más usos correctos
Cumplimiento del horario de medicamentos de AR		
5	¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos?	No A veces Sí
6	Si cumple el horario, especifique el horario de cada medicamento	Los toma todos juntos No especifica horarios Especifica horarios
Conocimiento de reacciones adversas de medicamentos		
7	¿Qué hace cuando los medicamentos le producen alguna molestia?	Los reemplaza por otro Los suspende No le provocado molestia Los sigue tomando Consulta al doctor
8	¿Conoce las reacciones adversas de sus medicamentos?	No Sí
9	Si las conoce, nómbralas	Información incorrecta Nombra una correcta Nombra 2 o más correctas

Fuente: Vergara CI. Implementación de un plan de atención farmacéutica para el programa de alivio del dolor y cuidados paliativos del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Tesis para optar al título de Químico Farmacéutico, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, 2012.

ANEXO N°9

Tabla 2: Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico

Categoría	Intervención	Definición
	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
Intervenir sobre cantidad de medicamentos	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día
	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento a los que ya usa el paciente (no reemplaza)
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento (s) de los que utiliza el paciente
	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente
	Educación en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario)	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento
Intervenir sobre la educación al paciente	Modificar aptitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario)	Refuerzo de la importancia de la adherencia del paciente a su tratamiento
	Educación en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos

Fuente: Sabater D, Fernández-Limós F, Parras M, Faus M.2005.

ANEXO N°10

Tríptico informativo: **¿Qué es la Artritis Reumatoide?**

ANEXO N°11

Tríptico informativo: **Ácido fólico**

ANEXO N°12

Tríptico informativo: **Adalimumab**

ANEXO N°13

Tríptico informativo: **Azatioprina**

ANEXO N°14

Tríptico informativo: **Celecoxib**

ANEXO N°15

Tríptico informativo: **Calcio + Vitamina D3**

ANEXO N°16

Tríptico informativo: **Hidroxicloroquina**

ANEXO n°17

Tríptico informativo: **Ibuprofeno**

ANEXO N°18

Tríptico informativo: **Leflunomida**

ANEXO N°19

Tríptico informativo: **Metotrexato oral**

ANEXO N°20

Tríptico informativo: **Metotrexato inyectable**

ANEXO N°21

Tríptico informativo: **Omeprazol**

ANEXO N°22

Tríptico informativo: **Paracetamol**

ANEXO N°23

Tríptico informativo: **Prednisona**

ANEXO N°24

Tríptico informativo: **Ranitidina**

ANEXO N°25

Tríptico informativo: **Sulfasalazina**

ANEXO N°26

Tríptico informativo: **Alimentación y artritis reumatoide**

ANEXO N°27

Tríptico informativo: **Adaptaciones en el hogar**

ANEXO N°28

Tríptico informativo: **Ejercicio y artritis reumatoide**

ANEXO N°30**Aprobación del Comité de Bioética**

El Comité de Bioética para la Investigación de la Facultad de Farmacia APRUEBA el protocolo experimental, y cual se señalan en el proyecto de tesis de pregrado, por el periodo de ejecución contemplado en el mismo.

Firman el Acta los miembros del Comité:

 _____ Claudia Vega		 _____ Sergio Blalmon
 _____ María F. Cavieres		 _____ Rafael Jiménez
 _____ Mariane Lutz		

Valparaíso, 11 de junio de 2014.

ANEXO N°31

Tabla 13: Arsenal Farmacológico disponible para pacientes con AR en farmacia CAE

Medicamento	Presentación	Acción terapéutica
Acido fólico 1mg	Comprimidos	Anti anémico
Acido fólico 5mg	Comprimidos	Anti anémico
Calcio 450/mg + Vitamina D3 175 U.I	Cápsulas	Prevención de osteoporosis inducida por corticoides
Celecoxib 200mg	Cápsulas	Analgésico y antiinflamatorio
Hidroxicloroquina 200mg	Comprimidos	Antirreumático
Ibuprofeno 400mg	Comprimidos	Analgésico y antiinflamatorio
Leflunomida 20mg	Comprimidos	Antirreumático
Metotrexato 2,5 mg	Comprimidos	Antirreumático
Metotrexato 50mg	Frasco	Antirreumático
Omeprazol 20mg	Cápsulas	Protector de mucosa gástrica
Paracetamol 500mg	Comprimidos	Analgésico y antipirético
Prednisona 5mg	Comprimidos	Antiinflamatorio
Sulfasalazina 500mg	Comprimidos	Antiinflamatorio
Tramadol 100mg	Frasco	Analgésico opioide

ANEXO N° 32

Tabla 19: Estadísticas descriptivas de encuesta calidad de vida

Variable Calidad de Vida	Mediana	Media	Desviación estándar
01	2	2,244	1,142
02	1	1,615	0,957
03	1	1,564	0,920
04	1	1.692	1
05	1	1,231	0,601
06	1	1,641	0,805
07	1	1,487	0,769
08	1	1,740	0,979
09	2	2,308	0,984
10	2	1,962	0,959
11	2	2,179	1,148
12	1	1,718	0,992
13	1	1,474	0,833
14	1	1,462	0,921
15	1	1,282	0,754
16	1	1,500	0,990
17	1	1,308	0,795
18	2	2,321	1,464
19	2	2,115	1,006
20	2	1,872	0,958
21	2	2,295	1,141
22	2	2,321	1,087
23	1	1,936	1,132
24	2	2,231	1,139
25	2	1,846	0,941
26	1	1,577	0,961
27	1	1,564	0,891
28	1	1,513	0,936
29	5	4,833	1,472
30	6	5,236	1,445

ANEXO N°33
Protocolo de Validación de Juicio de Expertos

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Título: Descripción de factores que influyen en la adherencia de la artritis reumatoide para la elaboración de una propuesta de intervención educativa en pacientes que asisten al Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria, autoinmune y multisistémica, de etiología desconocida, que afecta a las articulaciones y fluido sinovial (1).

Actualmente se desconocen los factores que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes ambulatorios diagnosticados con AR y que retiran sus medicamentos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Estos factores se clasifican en farmacológicos y no farmacológicos los cuales podrían influir en la adherencia al tratamiento de estos pacientes, se incluyen la edad, la educación sanitaria del equipo de salud, reducción en financiamiento familiar, horarios de la toma de medicamentos, escasa información sobre efectos no deseados, apoyo social y nivel de educación entre otros.

Es importante destacar que esta enfermedad es progresiva e incapacitante y está asociada a un alto costo/efectividad directo e indirecto, mala calidad de vida y muerte prematura (2). En diferentes países la incapacidad laboral al cabo de 5 a 10 años de iniciada la enfermedad es aproximadamente de 43 al 50% y, en muchos casos, cuando el

individuo logra volver a la vida laboral generalmente ocupa un puesto de menor responsabilidad (3).

La incidencia de AR actualmente, es de 0,15 a 0,46 casos por 1000 personas/años en los hombres, y entre 0,24 a 0,88 casos por 1000 personas/años en las mujeres. Estas cifras extrapoladas a la población chilena según censo del 2000, en los hombres implicarían entre 1.700 a 5.200 nuevos casos cada año y en las mujeres, entre 2.700 y 9.900 casos nuevos cada año (3)

En Chile, el único estudio realizado a nivel poblacional estimó una prevalencia de la enfermedad de 0,46%. Si se consideran estos valores y los datos de población del censo del año 2013, ello implicaría que el número de individuos con AR en Chile hoy día estaría entre 27.000 y 90.000 pacientes (4).

Actualmente los pacientes con AR que asisten al CAE retiran en promedio 4 medicamentos mensualmente para la AR, además de sus medicamentos para patologías concomitantes lo cual da cuenta de una polifarmacia importante donde podrían existir interacciones y reacciones adversas a medicamentos. Así mismo la falta de adherencia terapéutica podría influir en la eficacia y seguridad del tratamiento. (Alumna investigadora)

Asimismo orientar y entregar información al paciente respecto la AR y medicamentos de cada uno, durante la entrevista acordada. Debido a que Químico Farmacéutico tiene un rol fundamental dentro del equipo de salud, y es educando y orientando a los pacientes respecto su salud y medicamentos (5). Por lo tanto es la educación debe ser considerada como un elemento fundamental en el manejo terapéutico e integral de la enfermedad y es primordial fomentar y efectuar programas de intervenciones educativas en todos los consultorios a los que asisten pacientes diagnosticados con AR a retirar sus medicamentos y así contribuir al éxito terapéutico, esto es, mejorando eficacia y seguridad de la terapia

farmacológica y al mismo tiempo la calidad del vida de los pacientes mediante la disminución del dolor y un control más apropiado respecto a la función articular.

Dada la relevancia que tiene este tema y que se desconocen los factores farmacológicos y no farmacológicos que influyen en la adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes diagnosticados con AR atendidos en la Unidad de Farmacia del CAE del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, el presente estudio se plantea con el propósito describirlos y de esta forma, proponer un modelo educativo basado en las necesidades del paciente.

Referencias:

1. Salt E.2010. Adherence to Disease Modifying Anti. Rheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis Patients: A Narrative Review of the Literature. OrthopNurs. 29 (4): 1, 7, 10.
2. Salt E and Fraizer S. Predictors of medication adherence in Patients with rheumatoid arthritis. 2011. Drug Dev Res. 72 (8) pp 2, 5.
3. Ministerio de Salud. 2007. Guía Clínica Artritis Reumatoide. Santiago: MINSAL. pp: 8, 9, 18-27.
4. Silman AJ., Hochberg MC. 2001. Epidemiology of the rheumatic diseases, 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press.
5. Machuca M, Fernández F, Faus J. 2003. Método DADER: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico, Granada, pp: 4, 36,81, 86, 88.

Objetivos Generales:

Describir los factores que influyen en la adherencia terapéutica y proponer un modelo de intervención educativa que contribuya al éxito de la terapia farmacológica en términos de eficacia y seguridad en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.
2. Describir el nivel de conocimiento que poseen los pacientes con artritis reumatoide de su enfermedad y medicamentos.
3. Identificar los factores farmacológicos y no farmacológicos que influyen en el cumplimiento o incumplimiento parcial de la adherencia al tratamiento de la AR.
4. Elaborar y entregar material educativo respecto a la importancia de la AR y los riesgos y beneficios de los medicamentos utilizados y de medidas no farmacológicas.

VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide del Consultorio Adosado de Especialidades del Hospital Dr. Gustavo Fricke.	Conocimiento respecto su enfermedad y medicamentos para la artritis reumatoide	Acción y efecto de conocer (Real Academia Española), lo que el paciente conoce y entiende de su enfermedad y medicamentos	Items1-4
	Cumplimiento de la terapia farmacológica	El grado en que el comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo e vida-se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2004)	Items5-6
	Factor farmacológico que influye en la adherencia: Reacciones adversas a medicamentos	Es una respuesta a un medicamento que es nociva y no intencionada y que se produce con las dosis utilizadas normalmente en el ser humano. (Instituto de Salud Publica, Ministerio de Salud, 2012, Santiago)	Items 7-9

Instrucciones

Este documento pretende recoger sus valoraciones sobre el cuestionario dirigido a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, atendidos en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), del Hospital Dr. Gustavo Fricke, en los siguientes aspectos:

- a. Diseño:** Adecuación del diseño formal del ítem a su contenido
- b. Contenido:** Coherencia entre el contenido del ítem y el objetivo de su dimensión de referencia
- c. Información:** Suficiencia en la información cuestionada por cada dimensión

Para ello puntúe cada indicador (A, B, y C) para los ítems y dimensiones del cuestionario, en una escala de 1 a 7 (1, valor más bajo; 7 valor más alto).

- Al final, valore globalmente el cuestionario e incorpore los comentarios oportunos.

Utilice el cuestionario original para realizar en él las anotaciones y sugerencias que estime necesarias.

Valore globalmente los siguientes aspectos en el cuestionario:

Diseño formal global del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Extensión del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Claridad del lenguaje utilizado en general	1	2	3	4	5	6	7
Adecuación de las dimensiones que estructuran el cuestionario de acuerdo a los objetivos desglosados	1	2	3	4	5	6	7

Comentarios Generales:

Fuente: Hernández A, Fernández C y Baptista L. 2010.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

SEXO:					
1) Masculino	<input type="checkbox"/>	2) Femenino	<input type="checkbox"/>		
EDAD:					
1) 20 – 30 años	<input type="checkbox"/>	2) 31 - 40 años	<input type="checkbox"/>	3) 41 – 50 años	<input type="checkbox"/>
4) 51 - 60 años	<input type="checkbox"/>	5) 61 - 70 años	<input type="checkbox"/>	6) Mayor de 71 años	<input type="checkbox"/>
NIVEL DE EDUCACIÓN:					
1) Básica incompleta	<input type="checkbox"/>	2) Básica completa	<input type="checkbox"/>	3) Media incompleta	<input type="checkbox"/>
4) Media incompleta	<input type="checkbox"/>	5) Media completa	<input type="checkbox"/>	6) Técnico/Universitaria	<input type="checkbox"/>
FUMADOR:					
1) Sí	<input type="checkbox"/>	2) No	<input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES FAMILIARES DE AR:					
1) Sí	<input type="checkbox"/>	2) No	<input type="checkbox"/>		
CONSUMO DE MEDICAMENTOS PARA LA AR:					
1) 2 medicamentos	<input type="checkbox"/>	2) 3 medicamento	<input type="checkbox"/>	3) 4 medicamentos	<input type="checkbox"/>
4) 5 medicamentos	<input type="checkbox"/>	5) 6 medicamentos	<input type="checkbox"/>	6) 7 medicamentos	<input type="checkbox"/>

Entrevista de Evaluación de Atención Farmacéutica

N°	CONOCIMIENTO CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
1	¿Sabe de qué se trata su enfermedad?
	1) No <input type="checkbox"/> 2) Sí <input type="checkbox"/>
2	Si sabe de qué se trata, podría explicar que es la Artritis Reumatoide
	1) Responde erróneamente <input type="checkbox"/> 2) Enfermedad autoinmune, crónica, progresiva <input type="checkbox"/> 3) Inflamación de articulaciones <input type="checkbox"/>
3	¿Comprende para qué sirven sus medicamentos indicados en la Artritis Reumatoide?
	1) No <input type="checkbox"/> 2) Sí <input type="checkbox"/>
4	Si comprende para qué sirven, ¿podría explicar el uso de cada uno?
	1) Sí (menciona un uso) <input type="checkbox"/> 2) Sí (menciona dos o más usos) <input type="checkbox"/>
	ADHERENCIA TERAPEUTICA
5	¿Cumple el horario indicado para tomar sus medicamentos?
	1) No <input type="checkbox"/> 2) Sí <input type="checkbox"/>
6	Si cumple el horario, especifique el horario de sus medicamentos para la AR
	1) Los toma todos juntos <input type="checkbox"/> 2) Especifica horarios <input type="checkbox"/>
	SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
7	¿Qué hace cuando los medicamentos le provocan algún problema o molestia?
	1) Lo reemplaza por otro <input type="checkbox"/> 2) Lo suspende por un tiempo <input type="checkbox"/> 3) No le ha provocado molestia <input type="checkbox"/> 4) Consultar al doctor <input type="checkbox"/>
8	¿Conoce las reacciones adversas de sus medicamentos?
	1) No <input type="checkbox"/> 2) Sí <input type="checkbox"/>
9	Si las conoce, ¿podría nombrarlas?
	1) Nombra una <input type="checkbox"/> 2) Nombra dos o más <input type="checkbox"/>

Validación N°1:**Nombre completo:** Jorge Leiva Olmos**Título:** Estadístico**Grado académico:** Master en Estadística (Universidad de Valparaíso), Master en Estadística e Investigación Operativa (Universidad de Barcelona – Universidad Politécnica Cataluña), Doctor (C) en Estadística e Investigación Operativa (Universidad Politécnica Cataluña)**Correo electrónico:** Jorge.leiva.olmos@redsalud.gob.cl**Institución:** Hospital Dr. Gustavo Fricke**Departamento/ Facultad:** Departamento de administración de Datos, Información y Comunicación**Valoración global de la encuesta:**

Diseño formal global del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Extensión del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Claridad del lenguaje utilizado en general	1	2	3	4	5	6	7
Adecuación de las dimensiones que estructuran el cuestionario de acuerdo a los objetivos desglosados	1	2	3	4	5	6	7

Comentarios Generales: El instrumento no con contiene las indicaciones para el entrevistador, ni para el paciente. Estos elementos son parte del instrumento de medición y tienen importancia puesto que permite que el entrevistado entienda la forma en que va a ser entrevistado (medido), la forma de responder, la privacidad de la información recogida, la utilidad de estudio y el beneficio que tiene para él y/o para la comunidad

Datos de Identificación:

- EDAD: Sugiero que la edad no se categorice, si no que se tome como dato original (por ejemplo, 43 años). Esto permitirá no perder información y construir los mismos grupos etarios u otros en caso de querer comparar con otros estudios.
- NIVEL DE EDUCACIÓN: Falta la categoría, sin "Educación"
- FUMADOR: Sugiero preguntar por la frecuencia en caso de ser fumador. La mayoría de los estudios determinan el grado de factor de riesgo, tomando en cuenta la frecuencia (por ejemplo: cuantos cigarros diarios). Otros factores incluso diferencian el tabaco puro de los cigarros.
- ANTECEDENTES FAMILIARES DE AR: ¿Da los mismo el nivel de parentesco? Si influye, debiese incorporarse como pregunta en caso de tener antecedentes.
- CONSUMO DE MEDICAMENTOS PARA LA AR: Lo mismo que para la edad, sugiero preguntar ¿Cuántos medicamentos? A veces categorizar tanto hace más lenta la aplicación de la encuesta. Recuerde que debe leer todas las categorías al entrevistado.

Conocimiento con respecto a la enfermedad y su tratamiento farmacológico:

- Pregunta 4: Falta categoría "No menciona ningún uso correcto". Esto puede darse, a pesar de que en la pregunta anterior haya dicho que Si comprendía el uso de los medicamentos.
- Pregunta 6: ¿Dónde queda el registro de los horarios? ¿Cómo contrastas que los horarios que contesta corresponden a los indicados?
- Pregunta 7: Falta la categoría "Otro" "Especificar _____".

Validación N°2:

Nombre completo: Leslie Castro Antiguay

Título: Químico Farmacéutico

Grado académico: Licenciado en Química y Farmacia

Correo electrónico: casterqf@gmail.com

Institución: Hospital Dr. Gustavo Fricke

Departamento/Facultad: Farmacia Atención Abierta (CAE)

Valoración global de la encuesta

Diseño formal global del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Extensión del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Claridad del lenguaje utilizado en general	1	2	3	4	5	6	7
Adecuación de las dimensiones que estructuran el cuestionario de acuerdo a los objetivos desglosados	1	2	3	4	5	6	7

- Es necesario agregar en Datos de Identificación, el antecedente de cuantos cigarros fuma el paciente al día.
- Además de aspectos importantes como: con quién vive el paciente, si realiza o no, actividad física, lugar de residencia
- Otros:
 1. Respecto a los antecedentes Familiares de AR, señalar si se trata de madre, padre u otro familiar que padece la enfermedad.
 2. Donde se mide el estado de calidad de vida y grado de dependencia planteado en el objetivo 3
 3. Faltan antecedentes para evaluar comorbilidades asociadas y automedicación (objetivo4) Respecto al objetivo 4, cómo se registra si el paciente recibe información por parte del equipo de salud respecto a sus medicamentos.
 4. Incluir pregunta que indique nivel de ingreso económico del paciente.
 5. Con respecto a la pregunta N°7: ¿Qué hace cuando los medicamentos le provocan algún problema o molestia? La alternativa 3) No le ha provocado molestia se contradice con la pregunta.

6. Evaluar agregar una pregunta más, sobre el grado de conocimiento de la definición de RAM, por ejemplo ¿conoce usted lo que es una reacción adversa a medicamentos (RAM)?, antes de preguntar si el paciente es capaz de nombrarlas.

Validación N°3:

Nombre completo: Luis Cortés Romero

Título: Medico Cirujano

Grado académico: Licenciado en Medicina

Correo electrónico: lcrblue@gmail.com

Institución: Hospital Carlos Ban Vuren

Departamento/ Facultad:

Valoración global de la encuesta

Diseño formal global del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Extensión del cuestionario	1	2	3	4	5	6	7
Claridad del lenguaje utilizado en general	1	2	3	4	5	6	7
Adecuación de las dimensiones que estructuran el cuestionario de acuerdo a los objetivos desglosados	1	2	3	4	5	6	7

Sugerencias:

- Es importante al momento previo de la entrevista o cuestionario al usuario del sistema público la aplicación del consentimiento informado, en el cual declare que ha sido especificado de manera clara y pertinente sobre los objetivos que persiga y la manera ética que será utilizada la información recopilada, por lo que para ello se sugiere la existencia de un protocolo de aplicación de dicho cuestionario que facilite la aplicación al entrevistador y a la vez una mejor comprensión del usuario.

Datos de Identificación:

- Sugiero preguntas en la cual se evalué si existe la presencia de un acompañante al momento de realizar es cuestionario y la relación existente con el usuario, ya que de ser incorporado a este proceso educativo, sería un factor importante que favorezca la adherencia del usuario al tratamiento (debido que los usuarios adulto mayor generalmente presentan algún otro tipo de patología o discapacidad asociada).
- En relación a la variable "edad" falta justificar porque se escogieron estos rangos se escogieron en forma arbitraria o tienen un sustento literario? Puede ser mejor caracterizar directamente la edad de los pacientes para obtener posteriormente promedios y/o desviaciones estándar de estas.
Además, sugiero preguntar edad de inicio o de diagnostico de la AR para presentar una mayor información con respecto al proyecto de investigación por ejemplo para ser utilizada al momento de realizar análisis comparativos.
- ¿Se considera la AR juvenil?
- NIVEL DE EDUCACIÓN: Falta la categoría, sin "Educación"

- Sería importante señalar en la introducción al tema cómo influye el tabaquismo en la incidencia de la enfermedad, en su evolución o si influye en la adherencia a la terapia ¿se asocia a rasgos psicológicos que afecten la adherencia a la terapia?
 - -FUMADOR: Sugiero preguntar por la frecuencia en caso de ser fumador y de ser así si asiste a algún programa o ha asistido a un programa antitabaco.
 - -CONSUMO DE MEDICAMENTOS PARA LA AR: Sugiero que el usuario especifique los medicamentos utilizados, ya que suele suceder que los usuarios de mayor edad tienden asociar todos los medicamentos que consumen a un solo fin, en este caso puede ser para la AR.
 - Hubiese sido importante preguntar que otras comorbilidades presentan estos pacientes, ya que se relaciona directamente con la cantidad de fármacos que reciben, además saber si cuentan con una adecuada red de apoyo familiar y social que le ayude a sobrellevar esta patología (¿estado civil actual?, ¿hijos?, ¿pareja actual?) tanto en lo psicológico como en lo económico. Además sería importante caracterizar en qué grado de dependencia se encuentran.
 - Respecto a la pregunta numero 9 sería más práctico poner un listado reacciones adversas propias de los fármacos los utilizados para no subestimar su presencia. Quizás no queda claro para el entrevistador como tabular las respuestas de esta pregunta.
 - **Conocimiento con respecto a la enfermedad y su tratamiento farmacológico:** Sugiero preguntas que integren al contexto familiar del usuario con respecto al conocimiento que tienen de la enfermedad, ya que como se mencionó anteriormente a través de la educación de estas redes de apoyo se favorecería la adherencia del usuario a los tratamientos farmacológicos y a la vez el modelo educativo presentaría un enfoque integral de la salud pública en Chile.