



USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS ORALES

USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS ORALES EN UNA FARMACIA RURAL DE GIRONA

AUTORES

Anna Rosa Camps Soler¹
 Anna Busquets Gil¹
 Emilio García Jiménez^{2,4}
 Ana Moreno López^{2,4}

1. Farmacéuticos comunitarios en Girona.
2. Farmacéutico Centro Atención Farmacéutica (CAF STADA).
3. Data Manager Melpopharma.
4. Miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Este trabajo fue presentado como comunicación póster al III Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC) en Madrid, octubre 2008.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La incidencia y prevalencia de las patologías cardiovasculares hacen necesario intensificar las medidas preventivas, verificando entre otros aspectos qué información tienen los pacientes sobre la utilización de antiagregantes orales.

MÉTODO

Estudio observacional descriptivo transversal, realizado al 100% de pacientes que solicitaban antiagregantes orales en una farmacia de Riudellots de la Selva (Girona), durante febrero y marzo de 2008.

RESULTADOS

Se incorporaron 67 pacientes, de ellos 40 (60%) eran hombres. La edad media fue 72,5 (13,2) años, existiendo diferencias ($p=0,023$) por sexo. Tenían una media de 2,9 (1,5) problemas de salud y usaban 5,2 (3,0) medicamentos. El nivel cultural fue bajo en 82% casos. 49 (73,1%) pacientes no fumaban, 60 (89,5%) no consumía alcohol, 44

Continúa ➔

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados, la enfermedad cardiovascular es un problema de salud pública por su elevada frecuencia y mortalidad. En España, constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población española, por delante del cáncer, pudiéndose obtener datos sobre la incidencia de la cardiopatía isquémica del programa MONICA-Cataluña, del REGICOR (Registre Gironí de Cardiopaties), y más recientemente del estudio IBERICA (Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda)^{1,3}. Debido a que la población española va envejeciendo, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de estas patologías⁴, lo que hace necesario incrementar las medidas preventivas de la enfermedad cardiovascular.

La aterotrombosis condiciona el desarrollo y mal pronóstico de los diversos trastornos cardiovasculares que cursan con isquemia y afectan a la circulación cerebral, coronaria o arterial periférica. Las plaquetas desempeñan un papel primordial en la trombosis patológica, basándose el tratamiento preventivo en ellas, como componente básico de la hemostasia. Su agregación lleva a la formación de trombos, que pueden originar oclusión en los vasos, con la consiguiente aparición de infarto de miocardio e ictus, entre otras complicaciones.

El tratamiento antiagregante en pacientes con riesgo cardiovascular ha demostrado una disminución de la incidencia de estos eventos, debido al efecto inhibidor de la agregación plaquetaria, impidiendo o minimizando el fenómeno trombótico, y debiéndose valorar cada paciente de forma individualizada^{5,7}.

Jeffrey S. Berger y col.⁸ indican que la terapia con dosis bajas de ácido acetilsalicílico (AAS) se asocia con una reducción significativa en los eventos cardiovasculares en hombres y mujeres, haciéndose estos resultados particularmente notables para el efecto beneficioso de dicha terapia sobre el riesgo de accidente cerebrovascular para las mujeres y sobre el riesgo de infarto coronario en los hombres.

El conocimiento del uso correcto sobre antiagregantes plaquetarios orales es fundamental para que el paciente pueda obtener el máximo beneficio de su medicación, evidenciándose que una atención farmacéutica adaptada al conocimiento de los usuarios de la farmacia rural les va a proporcionar una mejor información del uso y a largo plazo, podrá redundar en una mejor calidad de vida.

El objetivo planteado en este trabajo fue evaluar la información que tenían los pacientes que acudían a una farmacia rural de la provincia de Girona sobre la utilización de los antiagregantes plaquetarios orales.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, recopilando datos entre todos los pacientes que solicitaban antiagregantes plaquetarios orales (Grupo ATC B01AC), en una farmacia rural, en Riudellots de la Selva, provincia de Girona, durante los meses de febrero y marzo de 2008.

Se incorporó inicialmente a todos los pacientes que figuraban en la base de datos de la farmacia como usuarios de antiagregantes orales ($n=55$). Se añadieron todos aquellos pacientes que

RESUMEN

(65,7%) no hacía ejercicio, y 34 (50,7%) no hacía dieta. 42 (62,6%) pacientes estaban en prevención primaria: 21 (52,5%) hombres vs 21 (77,8%) mujeres ($p=0,036$); empleándose ácido acetilsalicílico en 62 (92,5%) pacientes, a una dosis media de 152,4 (85,1) mg (algo superior en hombres). Predominaba diagnóstico de enfermedad coronaria, seguido de enfermedad cerebrovascular en hombres y enfermedad arterial periférica en mujeres ($p=0,002$).

31 (46,2%) pacientes consideraban que su enfermedad estaba controlada. 49 (73,1%) pacientes, recordaba para qué era el antiagregante; 63 (94,0%) la pauta diaria; 42 (62,6%) cuanto tiempo debía usarlo, y 50 (74,7%) que debía tomarlo con alimentos.

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro pacientes que utilizaban antiagregantes orales no sabía para qué lo utilizaba y tampoco que debía tomarlo con alimentos. La dispensación por el farmacéutico de los antiagregantes orales debe acompañarse de información que refuerce estas deficiencias en el uso.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Antiagregantes plaquetarios, Riesgo cardiovascular, Atención Farmacéutica, Uso de fármacos.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Antiplatelet therapy, Cardiovascular Risk Factors, Pharmaceutical Care, Drugs use Introducción.

solicitaron para uso propio antiagregantes orales durante el periodo de estudio. También, se aceptaba la participación del cuidador o familiar cuando era éste quien retiraba la medicación. Por su parte, quedaban excluidos del estudio aquellos pacientes con discapacidad o imposibilidad de responder, así como los que no accedían a participar. El grado de información que tenían los pacientes que acudían a la farmacia sobre la utilización de antiagregantes plaquetarios orales, se valoró categorizando como variable dicotómica: "conoce/no conoce", según las respuestas correctas obtenidas de la indicación, duración y posología.

Los factores que se tuvieron en cuenta para definir el perfil del paciente fueron: origen geográfico, sexo, quién fue el entrevistado (familiar/cuidador o paciente) y nivel de estudios. También se indagó sobre los hábitos higienico-dietéticos, preguntado sobre el hábito tabáquico, ejercicio practicado, dieta y consumo de alcohol. A su vez, interesó saber quién les había informado de los mismos, de su patología y del propio medicamento. Finalmente, se valoró el número de medicamentos que tomaba el paciente y si tenía un ambiente familiar propicio para dar al problema de salud la importancia merecida.

El test de Morisky-Green-Levine se utilizó para valorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

En todas las variables propuestas se intentó hacer una valoración cuantitativa de los resultados, indicando el porcentaje de respuesta en cada grupo. A pesar de ello, al ser un estudio observacional de la población, no se usó una clasificación preestablecida.

Se procesaron los datos mediante el programa SPSS® 15.0, estableciéndose significación estadística con $p<0,05$, utilizándose la t de Student y Chi cuadrado (IC 95%).

RESULTADOS

Inicialmente se partió de una población rural de 1900 habitantes, de los cuales 600 estaban dados de alta en la base de datos de la farmacia, identificados con la Tarjeta de Identificación Sanitaria de Catalunya (TIS). Se seleccionó el listado de los pacientes tratados con antiagregantes plaquetarios orales, que serían los

posibles candidatos del estudio ($n=55$). De ellos, 3 pacientes no se incluyeron por incapacidad; el resto ($n=52$), fueron los sujetos iniciales del estudio. A ellos se sumaron 15 pacientes más que demandaron este tipo de medicamentos durante el periodo de recogida de datos, y que no estaban registrados en la base de datos. Por tanto, la población total del estudio fue de $n=67$, con un perfil demográfico definido en la tabla 1.

Si analizamos quién retira el fármaco de la farmacia, en el sexo femenino es el familiar/cuidador el que mayoritariamente se acerca con la prescripción, 15 (55,5%), mientras que en los hombres suele ser el propio paciente, 30 (75,0%). Respecto a los hábitos higienico-dietéticos de los pacientes según género, la mayor parte no consumen alcohol, 60 (89,5%) ($p=0,205$), pero nada más que un tercio practica ejercicio físico, 23 (34,3%) ($p=0,234$). Aunque no se encuentran diferencias significativas, los hombres realizan más ejercicio que las mujeres. En lo que a dieta se refiere, hombres y mujeres están igualados los que admiten llevar una dieta, 33 (49,2%) y los que no, 34 (50,7%) ($p=0,178$). Cabe destacar que el número de no fumadores es mayoritario, 49 (73,1%), especialmente en las mujeres, 26 (96,3%) vs 23 (57,5%) en los hombres ($p=0,002$). En cuanto a los hombres, algo menos del 43% se reparten entre fumadores 11 (27,5%) y exfumadores 6 (15,0%). Entre los fumadores 12 (17,9%), un 44,4% fuma menos de 10 cigarrillos/día, un 33,4% fuma de 10 a 20 cigarrillos/día y un 22,2% más de 20 cigarrillos/día.

En nuestro estudio sólo 31 (46,2%) sujetos afirman que, según su percepción, su problema de salud *está controlado* con el medicamento ($p=0,061$). La mayoría afirma que se les prescribió el medicamento para problemas coronarios, 16 (40,0%) hombres vs 11 (40,8%) mujeres, aunque las mujeres refieren más enfermedad vascular periférica, 11 (40,8%) y los hombres más diabetes mellitus, 11 (27,5%) e ictus, 9 (22,5%) ($p=0,002$). En todos los casos dicen que se recibió *información* previa de hábitos higienico-dietéticos, del problema de salud y del propio medicamento, por parte del médico mayoritariamente, 50 (74,6%).

El uso de tratamiento como *prevención* primaria es mayoritario en los dos sexos, pero destaca con alguna diferen-

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN					
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p*	
Edad, media (DE)	72,5 (13,2)	69,5 (12,4)	76,9 (13,5)	0,023	
Problemas Salud, media (DE)	2,9 (1,5)	2,8 (1,4)	3,0 (1,7)	0,663	
Número Medicamentos, media (DE)	5,2 (3,0)	4,7 (2,3)	5,9 (3,7)	0,128	
PERFIL DEL PACIENTE					
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p**	
Quién retiró el fármaco, N (%)				0,011	
Paciente	42 (62,7%)	30 (75,0%)	12 (44,5%)		
Otros (familiar/cuidador)	25 (37,3%)	10 (25,0%)	15 (55,5%)		
Nivel cultural, N (%)				0,102	
Sin estudios	20 (29,8%)	8 (20,0%)	12 (44,5%)		
Primarios	35 (52,2%)	22 (55,0%)	13 (48,1%)		
Secundarios	5 (7,5%)	4 (10,0%)	1 (3,7%)		
Universitarios	7 (10,4%)	6 (15,0%)	1 (3,7%)		
Vive solo, N (%)				0,136	
Sí	16 (23,9%)	7 (17,5%)	9 (33,4%)		
No	51 (76,1%)	33 (82,5%)	18 (66,6%)		

IC: 95%; *T-Student; ** Test Chi Cuadrado.

cia entre las mujeres, a pesar de la edad. Aunque no se dispone de datos de mortalidad, las enfermedades cardiovasculares (prevención secundaria) predominan en los hombres, 19 (47,5%) ($p=0,036$) 4. En la tabla 2 se muestra la información que tenían sobre el uso de los antiagregantes orales.

El tipo de antiagregante más usado para dicha prevención es AAS con una dosis media de 152,4 (85,1) mg (tabla 3).

Atendiendo al diagnóstico de enfermedad cardiovascular para el cual el fármaco fue prescrito, los hombres prioritariamente refieren que fue una enfermedad coronaria o cerebrovascular y las mujeres un problema coronario ($p=0,622$). Además aseguran que de ello hace más de 1 año.

64 pacientes (95,5%) afirmaron que no era la primera vez que toman el medicamento en estudio. En un 97,0% la media de uso mayoritaria es de 1-3 años: 29 pacientes (43,2%) ($p=0,258$). En cuanto al conocimiento sobre el antiagregante oral, el 73,1% recordaba para qué era y el 94,0% la pauta diaria; un 62,6% recordaba cuanto tiempo debía usarlo, y un 74,7% que debía tomarlo con alimentos.

En 66 (98,5%) casos se dispensa el antiagregante plaquetario, acompañado de una intervención farmacéutica, adecuada al medicamento objeto del estudio, del problema de salud y/o de los hábitos higiénico-dietéticos, acorde con las carencias detectadas en cada paciente. Un paciente (2,5%) se derivó a otros servicios sanitarios.

DISCUSIÓN

El factor edad se ha mostrado como determinante en nuestro estudio, puesto que la población femenina tiene una media de edad superior a los hombres (tabla 1). Esto hace que, entre sexos, se comporten distinto a lo esperado al valorar algunas variables.

Estudiando los problemas de salud y el número de medicamentos, se observa que, a igual número de problemas de salud, las mujeres utilizan más medicación; esto podría explicarse por la mayor edad de la población de sexo femenino.

Es comprensible que en este grupo sea mayoritariamente el familiar/cuidador el que retire el medicamento, puesto que las mujeres, al tener más edad, precisan de la ayuda del familiar/cuidador para retirar el fármaco e, incluso, para administrárselo.

Observamos que la población presenta una adherencia superior al 50%, según el Test de Morisky-Green (tabla 2). Tanto el paciente como el familiar/cuidador desempeñan un papel muy importante en el autocuidado de la salud en la edad avanzada. Las mujeres son más cumplidoras que los hombres, posiblemente porque tienen más apoyo del familiar/cuidador.

Respecto a los hábitos higiénico-dietéticos, debemos tener en cuenta la parte subjetiva de algunas respuestas puesto que los pacientes valoraban bajo su punto de vista algunos de ellos. En la recogida de datos se procuró discernir el fondo de tales respuestas y ajustarlo a las recomendaciones de las guías actuales^{9,15}.

En lo que a ejercicio se refiere, es necesario identificar los adultos que no practican ejercicio y aconsejarles

TABLA 2 INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE LOS ANTIAGREGANTES ORALES

MEDICAMENTO USADO	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)	Valor p*
Tipo de antiagregante				
AAS	62 (92,5%)	37 (92,5%)	25 (92,6%)	0,66
Clopidogrel	4 (5,9%)	2 (5,0%)	2 (7,4%)	
Ticlopidina	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0 %)	
CONOCIMIENTO SOBRE EL MEDICAMENTO				
Conocimiento del uso (¿para qué es?)				
Sí	49 (73,1%)	30 (75,0%)	19 (70,4%)	0,549
No	17 (25,3%)	9 (22,5%)	8 (29,6%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
Conocimiento de la pauta				
Sí	63 (94,0%)	38 (95,0%)	25 (92,6%)	0,353
No	3 (4,4%)	1 (2,5%)	2 (7,4%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
Con/sin alimentos				
Sin	14 (20,9%)	6 (15,0%)	8 (29,6%)	0,155
Con	50 (74,7%)	32 (80,0%)	18 (66,7%)	
Perdidos	3 (4,4%)	2 (5,0%)	1 (3,7%)	
Duración del tratamiento				
Sí	42 (62,6%)	26 (65,0%)	16 (59,2%)	0,539
No	24 (35,8%)	13 (32,5%)	11 (40,8%)	
Perdidos	1 (1,5%)	1 (2,5%)	0 (0%)	
CUMPLIMIENTO				
Test Morisky-Green-Levine				
Sí	38 (56,7%)	21 (52,5%)	17 (62,9%)	0,397
No	29 (43,3%)	19 (47,5%)	10 (37,0%)	
CONCLUSIONES DE USO				
Sabe usarlo				
Sí	50 (74,6%)	32 (80,0%)	18 (66,7%)	0,155
No	14 (20,89%)	6 (15,0%)	8 (29,6%)	
Perdidos	3 (4,47%)	2 (5,0%)	1 (3,7%)	

IC: 95%; *Test Chi Cuadrado.

con las circunstancias médicas y personales del paciente. Por último, otra razón para explicar este factor sería el que las mujeres de esta edad, priorizan las labores del hogar antes de pensar en su salud.

A diferencia de lo que ocurre con el ejercicio, en nuestra población, parece que se consigue mantener una dieta bastante correcta acorde a la situación clínica requerida por el paciente¹¹. Recordemos que la población de edad avanzada suele tener unos hábitos dietéticos más saludables puesto que su dieta se adecúa más a la dieta mediterránea¹². Ésta es una dieta variada y equilibrada, que se basa en la abundancia de productos de origen vegetal como frutas, verduras frescas, legumbres, cereales. También es rica en fibra (fruta, verduras, legumbres y cereales). Incluye un consumo relativamente alto de pescado y de aceites vegetales (sobre todo de oliva). Se caracteriza por una moderada ingesta de carnes, preferencia de carnes blancas sobre las rojas y huevos, y el consumo relativamente bajo de grasas sólidas, como la mantequilla y margarina. El consumo de 10-20 gramos (1-2 vasos) de alcohol por día se ha relacionado con efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular. Se considera que el paciente consume alcohol si supera los 20 gramos de alcohol diarios, ya que está relacionado con un aumento de la mortalidad¹¹. En nuestros días, en general, la población utiliza una dieta más alejada de la dieta mediterránea.

También podría explicarse con el factor edad el que entre las mujeres no haya casi fumadoras. Según se puede constatar en la bibliografía¹¹, se considera *fumador* la persona que fuma regularmente cualquier cantidad de tabaco o que lleva menos de un año de haber abandonado el hábito tabáquico. Se considera *ex-fumador* la persona que lleva más de un año sin fumar, y *no fumador* la persona que nunca ha fumado regularmente, como mínimo durante un mes.

El hábito tabáquico se inició más tempranamente entre los hombres. Las mujeres se iniciaron en este hábito más tardíamente, de modo que actualmente la tasa de mujeres fumadoras se está incrementando en detrimento de la de los hombres^{13,15}.

La información que tienen los pacientes del estudio sobre antiagregantes

que realicen 3 minutos de actividad física moderada, 3-5 días o más a la semana, siempre que este ejercicio sea apropiado, según circunstancias médicas y personales. Si no se puede hacer actividad física moderada, podemos hacerla suave pero durante 1 hora^{9,10}. Por tanto, no se aceptó como "ejercicio diario" el trabajo realizado en las labores cotidianas de un "huerto", ni el andar para ir a la compra. En nuestro estudio, se observa que los hombres realizan más ejercicio que

las mujeres, hecho que podría explicarse si se tiene en cuenta que los hombres son los que más tempranamente han recibido educación sobre los hábitos saludables, puesto que los problemas cardiovasculares aparecen estadísticamente antes en el sexo masculino¹¹. También lo explicaría el que nuestra población femenina en estudio está más envejecida y no puede practicar el ejercicio adecuado, ya que siempre la actividad física a realizar debe estar en consonancia

TABLA 3 DOSIS AAS/DÍA Y TIPO DE PREVENCIÓN

DOSIS AAS (MG)/DÍA Y TIPO DE PREVENCIÓN			
	Totales (n=67)	Hombres (n=40)	Mujeres (n=27)
Dosis AAS utilizadas mg, media (DE)	152,4 (85,1)	164,8 (90,4)	134,0 (74,6)
p= 0,163*			

DOSIS AAS (MG)/DÍA, (N=62; 92,5%) MEDIA (DE)			Valor p*
Tipo de Prevención (con AAS)			
Primaria	41 (66,1)	142,68 (79,49)	0,211
Secundaria	21 (33,8)	171,43 (94,30)	
Problema de Salud			
Enf. Cerebrovascular	238,89 (92,79)		p= 0,008
Enf. Coronaria	134,0 (74,61)		
Enf. Arterial Periférica	146,43 (84,27)		
Diabetes Mellitus	135,71 (71,86)		

DOSIS AAS (MG)/DÍA, (N=62; 92,5%) MEDIA (DE)			
Tipo de Prevención (con AAS)			
		Hombres	Mujeres
Primaria	41 (66,1)	142,86 (79,50)	142,50 (81,55)
Secundaria	21 (33,8)	193,75 (98,10)	100,00 (0,00)
p= 0,211*			
Problema de Salud			
Enf. Cerebrovascular		238,89 (92,79)	0
Enf. Coronaria		146,43 (84,27)	118,18 (60,30)
Enf. Arterial Periférica		166,67 (115,47)	140,91 (80,05)
Diabetes Mellitus		127,27 (60,67)	166,67 (115,47)
p= 0,008*			

IC: 95%; *t-Student.

plaquetarios orales se determinó teniendo en cuenta si sabían para qué era el medicamento, cómo lo tomaban y el tiempo de uso del tratamiento prescrito. Los pacientes contestan bien a todo pero presentan más dudas sobre el tiempo de uso del mismo y si tomarlo o no con alimentos. Como medidas correctoras, al finalizar este estudio, se hace patente la necesidad de reforzar estos dos aspectos en la práctica diaria de la farmacia con el uso de antiagregantes orales.

Acorde con la bibliografía¹⁶, en prevención primaria en los pacientes con riesgo cardiovascular alto, 75-100 mg de AAS son suficientes y en pacientes dia-

béticos la dosis óptima es de 75-162 mg. En prevención secundaria, con monoterapia de AAS, 75-150 mg diarios sería la primera opción en infarto agudo de miocardio (IAM). En el caso de pacientes que hayan sufrido ictus el intervalo de dosis recomendado es más amplio, 75-325 mg. En situaciones agudas pueden ser necesarias dosis de carga superiores a 150 mg. En pacientes con ictus o IAM previo, la eficacia de clopidogrel 75 mg/día es similar a la de AAS 325 mg/día.

La diferencia en la utilización de medicamentos por sexo no es estadísticamente significativa (p= 0,66). En nuestra población observamos que el AAS

es el antiagregante más usado; primero, para problemas coronarios y en segundo término, para patología cerebrovascular o periférica. Como puede verse en la tabla 3, en prevención primaria, los pacientes del estudio usan una dosis superior a la indicada en la bibliografía, 142,68 (79,49) mg vs 75-100 mg, mientras que entre los pacientes diabéticos, la dosis se adecua a las recomendaciones, 135,71 (71,86) mg. Los hombres usan una dosis media algo superior, 164,8 (90,4) mg vs 134,0 (74,6) mg. Por patologías, vemos que en la enfermedad cerebrovascular se usa una dosis media estadísticamente significativa mayor 238,89 (92,79) mg (p< 0,01),

tal como apunta la bibliografía consultada. En la patología coronaria, nuestra población usa una dosis media de 134 (74,61) mg, de acuerdo con las recomendaciones de la prevención secundaria. Respecto al predominio de enfermedad cardiovascular (prevención secundaria) entre los hombres⁴, recordemos que la incidencia de IAM entre ellos es inicialmente superior a la existente entre las mujeres. Después de la menopausia, el riesgo tiende a igualarse puesto que ya no está presente la protección que les confiere los estrógenos. En cierta forma es explicable que en los hombres los grupos de prevención primaria y secundaria estén más o menos equilibrados, y en las mujeres sea mayor la prevención primaria. Otra vez, la edad podría ser el determinante en esta variable. En cuanto al tratamiento usado y el tipo de patología, los hombres usan una dosis media algo superior de AAS porque hay más incidencia de enfermedad coronaria y cerebrovascular en el género masculino, y que, según la bibliografía¹⁶, se recomienda una dosis mayor en prevención secundaria. Observamos un gran consumo de AAS, al ser éste de elección en estas patologías^{16,17}, pero a la vez con un coste bajo, principalmente prescrito en atención primaria. En nuestro estudio se da este patrón de prescripción, con un uso de AAS en 62 (92,5%) pacientes, seguido de clopidogrel, 4 (5,9%).

Este tipo de trabajos realizados en el día a día de la oficina de farmacia pone de manifiesto que una intervención farmacéutica, realizada y adaptada a las necesidades del paciente, durante la dispensación, reportaría un mejor conocimiento de los hábitos higiénico-dietéticos y medicamentos que utilizan los pacientes, redundando finalmente en una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

Limitaciones

Es importante tener en cuenta que la información aportada por los pacientes es subjetiva, ya que, por ejemplo, muchos admitían llevar una dieta y "cuidarse", aunque no necesariamente era la correcta, o hacer ejercicio diariamente, sin corresponder a las recomendaciones actuales^{9,12}. Además hubo otros casos en los que la comunicación fué algo difícil por falta de comprensión y del tiempo requerido para la obtención de los datos.

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro pacientes que utilizan antiagregantes orales en nuestra población rural desconoce alguno de los aspectos básicos de su uso, en particular: para qué lo utiliza y que debe tomarse el AAS con alimentos. En el lado opuesto, casi la totalidad de los pacientes sí recuerda la pauta que les fue prescrita.

Las medidas higiénico-dietéticas de estos pacientes no difieren por sexo, y es de destacar que sólo la mitad reconoce hacer dieta, y nada más que un tercio practica ejercicio físico a diario. En la población estudiada fuman más los hombres que las mujeres. La dispensación por el farmacéutico de los antiagregantes orales, debe acompañarse de información que refuerce estas deficiencias en el uso adaptada a cada paciente. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999; 353: 1547-155.
2. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masià R, Marrugat J. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Girona, Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 599-604.
3. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 443-452.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de enfermedades cardio y cerebrovasculares. Disponible en: <http://www.msc.es/campanas/campanas07/cardiocvascular2.htm>. Fecha consulta: Marzo 2008.
5. Lidón R.M. Tractament antitrombotic en la síndrome coronaria aguda: angina inestable-infarct de miocardi sense ona Q. *Societat Catalana de Cardiologia* 1999; 3: 6. Disponible en: <http://www.catecardio.com/doc.php?op=revista3&tid=121> Fecha consulta: Marzo 2008.
6. Lázaro Fernández E, Rodríguez Padial L. Antiagregación plaquetaria. ¿Cuándo está indicado un antiagregante oral distinto al ácido acetilsalicílico (AAS)? *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha*. Sescam 2003; IV: 2

7. Comité de redacción. Antiagregantes plaquetarios en atención primaria. Monografía. Boletín Terapéutico Andaluz. CADIME. Junta de Andalucía, 2000. N° 17. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/0001184documento.pdf>. Fecha de consulta: Abril 2008.

8. Berger JS, Roncaglione MC. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men. *Jama* 2006; 295 (3): 306-313.

9. Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. Quick reference guide. National Institute for Health and Clinical Excellence. March 2006.

10. Sanidad Castilla y León. Enfermedades y problemas de salud>Enfermedades cardiovasculares>Prevención de enfermedades cardiovasculares>Actividad física Disponible en: www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1211366727028&idContent=20304&locale=es_ES&textOnly=false

11. Amariles Muñoz P. Atención Farmacéutica en Prevención Cardiovascular. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Granada: Universidad de Granada; 2006.

12. Portal de Sanidad Castilla y León. ¿Cómo conseguir una dieta equilibrada?. Disponible en: http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/tkContent?pgseed=1208103147403&idContent=19053&locale=es_ES&textOnly=false. Fecha consulta: Mayo 2008.

13. Saiz Martínez-Acitores I, Rubio Colavida J, Espiga López I, Alonso de la Iglesia B, Blanco Aguilar J, Cortés Mancha M, et al. Plan Nacional de prevención y control de tabaquismo (2003-2007). *Revista Española de Salud Pública* 2003; 77: 441-473.

14. Lopez AD, Hollinshaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3: 242-247.

15. García Martínez M. Estudio de Seguimiento de la Encuesta de Salud de Cornellà: diseño, metodología y determinantes del tabaquismo. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. 2004. Disponible en: http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0609105-131411/01.TESIS_MGARCIA.pdf. Fecha de consulta: Abril de 2008.

16. Anónimo. Antiagregación en prevención primaria y secundaria. *Boletín Información Terapéutica* 2007; (1):1-8.

17. Altamiras Joan. Antiagregants Plaquetaris. *BIT* 2005; 17: 25-30.

18. Camps Soler AR. Descripción de la información que tienen los pacientes que acuden a una farmacia rural de la provincia de Girona sobre la utilización de antiagregantes plaquetarios orales. Diploma de Estudios Avanzados. Universidad de Granada. Septiembre 2008. Disponible en: <http://www.melpopharma.com/descargas/estudios/observacionales/2008/Grado-informacion-uso-antiagregantes-plaquetarios-orales-farmacia-rural-Girona.pdf> Fecha de consulta: Abril 2009.