

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA

COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Conciliación de la medicación. Iniciativa de FORO AF-FC en el curso 2014-2015

Flor Álvarez de Toledo Saavedra

Miembro de Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care

Se llama *conciliación* de la medicación al servicio profesional que tiene por objeto minimizar los problemas farmacoterapéuticos que se derivan de los cambios asistenciales a los pacientes. En el momento actual estos problemas son más numerosos debido, entre otras causas, a la cronicidad de enfermedades y sus tratamientos, asistida desde una fragmentación asistencial del Sistema Sanitario y con fallos en la coordinación entre niveles asistenciales y entre profesionales sanitarios.

Los farmacéuticos hospitalarios españoles, en su Congreso de 2008, presentaron la definición de conciliación de medicación con el siguiente texto, traducido del publicado en USA en 2004.

Conciliación de la Medicación (“reconciliation of medication”) es el proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente con la prescripción médica después de la transición asistencial: ingreso y alta después de un cambio de adscripción. Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre los tratamientos crónicos y hospitalarios deben comentarse con el médico y, si procede, modificar la prescripción médica. Toda discrepancia no justificada se considera un error de conciliación.

A partir de esa fecha, se desarrolla la implementación de este servicio en diversos hospitales, diferenciándose los procedimientos para conciliar la medicación de un paciente cuando ingresa en el hospital “conciliación al ingreso” del procedimiento establecido para conciliar la medicación de los pacientes al ser dados de alta “conciliación al alta”.

Por tanto, hasta el momento actual, el servicio de conciliación al alta forma parte de los servicios de la farmacia hospitalaria, está bien definido, tiene terminología, metodología y registros informáticos propios, y sólo raramente^{1,2} ha decidido coordinarse con la farmacia comunitaria.

Claramente es un servicio que busca y resuelve errores de proceso de medicación a los que se llama “discrepancias”. Los hallazgos de discrepancias en la conciliación al alta son cuantitativamente mucho más importantes que

en la conciliación al ingreso: 40% frente a 16%³ y por ello parece necesario conocer si la continuación del servicio con una intervención farmacéutica en el tiempo post-hospitalización, por el farmacéutico comunitario, puede contribuir a mejorar resultados de salud en esos pacientes.

Tal como se describe el proceso de conciliación en la farmacia hospitalaria: “chequeo de coincidencias o discrepancias entre dos listados de medicamentos”, el componente de responsabilidad profesional individualizada inherente a todo servicio de AF aparece solamente en la intervención subsiguiente que, necesariamente, incorpora la entrevista con el paciente o cuidador, además de la previa imprescindible con el prescriptor cuando la discrepancia es injustificada.

Por todo ello, FORO-AF-FC se propuso en 2014 definir, diseñar y probar, en colaboración con farmacéuticos de hospital, un nuevo servicio profesional farmacéutico en el ámbito de la AF que aprovechando las competencias profesionales del farmacéutico comunitario contribuya a mejorar los resultados de los pacientes que han sido atendidos previamente en el medio hospitalario.

En nuestra opinión incluir al farmacéutico comunitario en el servicio de Conciliación de la medicación al alta debería añadir las siguientes ventajas al servicio hospitalario de conciliación al alta:

- Garantía de accesibilidad a los nuevos tratamientos prescritos.
- Mejor control de resultados de efectividad/seguridad en la totalidad del tratamiento durante la post-hospitalización.
- Mejor evaluación de causas de incumplimiento.

Tomada la decisión de iniciar el estudio, se constituyó una “Comisión de Trabajo de Conciliación” dentro de FORO AF-FC, integrado por representantes de FORO y representantes de la Farmacia Hospitalaria. El grupo, tras la publicación de una nueva definición de este nuevo servicio profesional en farmacia comunitaria, inició el trabajo en colaboración con la SEFH para el desarrollo de un estudio PILOTO de los procedimientos que se fueran consensuando y un programa total con las siguientes Acciones:

- Propuesta de procedimiento/s del Servicio de Conciliación al alta desde la FC y verificación de las herramientas/ sistemas de comunicación necesarios entre los niveles asistenciales.
- Estudio piloto en 4 hospitales de diferentes comunidades, con 5 FC por cada hospital, para ajustar el procedimiento y detectar mejoras y correcciones.
- Estudio general (2016): para medir la eficacia de la implantación del servicio de Conciliación en la FC desde el punto de vista sanitario y económico.

Por consenso se acordaron dos modalidades del servicio a realizar en la farmacia comunitaria, según dónde se ubica la inclusión del paciente para el servicio.

Modalidad “A” si la captación del paciente ha tenido lugar por el farmacéutico de hospital y Modalidad “B” si la captación ha tenido lugar directamente en la farmacia comunitaria.

Se buscaron farmacéuticos de Hospital a los que interesase participar, a ser posible, de diferentes territorios, aceptando la participación los jefes de servicio de las farmacias de hospital de Hospital Xeral de Vigo, Hospital Txagorritxu de Vitoria, Hospital de Fuenlabrada y Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Posteriormente informando a los Colegios de Farmacéuticos se intentó contar con la participación voluntaria de farmacéuticos comunitarios que pudiesen coordinar el trabajo a realizar en 5 farmacias del área de influencia de cada hospital participante y los centros de salud más frecuentados por los pacientes de esas farmacias. El total de farmacéuticos implicados sería de 15, habiendo entre ellos FH, FC y FAP.

Para probar las modalidades de servicio diseñadas teóricamente se necesita cubrir las siguientes etapas: 1) Validar el procedimiento de trabajo en la FC; 2) Verificar el sistema de procedimientos inter-profesional: H/ C/ AP; 3) Comprobar la validez de un sistema de comunicación “ideal” que incluya a la FC, en el sistema de salud. Estas etapas están pendientes de ejecución puesto que se han encontrado problemas de índole jurídica y financiera respecto a la autoría de FORO AF-FC que se están intentando resolver.

Bibliografía:

1. Geurts ME, van der Flier M, de Vries-Bots AM, Brink-van der Wal TI, de Gier JJ. Medication reconciliation to solve discrepancies in discharged documents after discharge from the hospital
Int J Clin Pharm 2013. 35(4):600-7 DOI: 10.1007/s11096-013-9776-x
2. Karapinar-Carkit F, van Breukelen BR, Borgsteede SD, Janssen MJ, Egberts AC, van den Bemt PM. Completeness of patient records in community pharmacies postdischarge after in-patient medication reconciliation: a before-after study. Int J Clin Pharm. 2014;36(4):807-14 DOI: 10.1007/s11096-014-9965-2
3. Allende Bandrés MA, Arenere Mendoza M, Gutiérrez Nicolás F, Calleja Hernández MA, Ruiz La Iglesia F. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. Int J Clin Pharm. 2013;35(6):1083-90 DOI: 10.1007/s11096-013-9824-6
4. Servicio de conciliación de la medicación en la farmacia comunitaria. [acceso internet 1 de octubre 2015] www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/comisionconciliacion/Documents/FOLLETO-CONCILIACION.pdf

Programa de atención al mayor polimedicado de la Comunidad de Madrid. Resultados 2005-2015

María Pilar Varela Gallego

Farmacéutica Comunitaria, Madrid. Profesora de Nutrición, Universidad Complutense de Madrid.

Vocal de docencia e investigación, COF Madrid

Introducción / Justificación

La mejora de la atención sanitaria a las personas mayores es una de las prioridades asistenciales de la Consejería de Sanidad y del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Un objetivo en el que cobra gran importancia la calidad de la prestación farmacéutica, puesto que estas personas suelen estar afectadas por enfermedades de carácter crónico, en las que la medicación cobra una gran relevancia.

En la Comunidad de Madrid, de los cerca de 400.000 ciudadanos mayores de 75 años, más de 70.000 utilizan de forma habitual seis o más fármacos como consecuencia del deterioro multiorgánico asociado a la edad. A su vez, estos individuos pueden presentar deterioro cognitivo y falta de habilidades que les dificultan el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento.

La mejora de la asistencia farmacéutica a los mismos precisa de la actuación coordinada de todos los profesionales sanitarios que participan en el cuidado del paciente (médicos, enfermeros, farmacéuticos) y de la puesta en marcha de medidas de eficacia probada, tal como son la revisión de los tratamientos, la educación sanitaria y la utilización de medios de apoyo al cumplimiento terapéutico. Teniendo en cuenta estos aspectos y con el objetivo de mejorar la utilización de los medicamentos y sus resultados sanitarios en este grupo vulnerable de población, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y la Consejería de Sanidad, en el marco del Concierto suscrito entre ambas instituciones en 2004, pusieron en marcha en 2005 el Programa de Atención al Mayor Polimedicado.

Objetivos

El Programa de Atención al Mayor Polimedicado tiene como principal objetivo mejorar la salud y la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedicada, mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la adecuada colaboración entre los profesionales sanitarios y la entrega de sistemas de ayuda para la correcta utilización de los medicamentos.

Material y método

Todos los profesionales de la salud implicados (médicos, farmacéuticos de oficina de farmacia y personal de enfermería) utilizan la misma metodología (diagrama de flujo en el que se describe el circuito para la captación, evaluación y derivación del paciente) y los mismos materiales educativos (folletos divulgativos, formularios de medicación, dispositivos de ayuda al cumplimiento, etiquetas informativas para colocar en los envases de los me-

dicamentos, bolsa de medicamentos). A su vez, reciben la formación práctica necesaria por parte de la Consejería de Sanidad. Esta formación está acreditada y a lo largo de estos años se continúa impartiendo con varias ediciones anuales.

La población diana es la población mayor de 75 años residente en la Comunidad de Madrid y que toma seis o más principios activos diferentes. Los pacientes pueden ser incluidos en el programa bien en el propio centro de salud, a iniciativa del médico o personal de enfermería o en su oficina de farmacia, por el farmacéutico. En 2005, aproximadamente 60.000 usuarios del sistema público consumían al menos 6 principios activos diferentes lo que entonces representaba el 16,1% de la población mayor de 75 años, extrapolando esta prevalencia a la población esperada para 2006 (alrededor de 400.000 ancianos) la población candidata a entrar en el Programa se estableció en 66.000 pacientes.

La captación desde los centros de salud se puede realizar a través de la consulta programada, a demanda y en visita domiciliaria. La captación desde las oficinas de farmacia, se realiza en el proceso de dispensación, a los usuarios (paciente y/o cuidador) que acuden a retirar más de seis fármacos. Una vez captado el paciente, se realiza un seguimiento del mismo a lo largo del tiempo. El personal de enfermería lleva a cabo una primera revisión de todos los fármacos que toma el paciente y hace una valoración de las ayudas que va a precisar, como etiquetas en el envase de los medicamentos para recordar pautas, pastilleros reutilizables o pastilleros de un solo uso. Posteriormente, el médico efectúa una revisión sistemática de todos los medicamentos y evalúa la necesidad de su uso. El médico revisa la pauta cada seis meses. En ese tiempo, serán la enfermera y el farmacéutico quienes comprueben cómo se están utilizando los medicamentos y ofrezcan consejos de salud, haciendo el seguimiento como mínimo cada tres meses.

Resultados

Tras diez años de implantación, el estado de situación del Programa es el siguiente. El Programa de Atención al Mayor Polimedocado está implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid (aproximadamente 7500 profesionales sanitarios entre médicos y personal de enfermería). En la actualidad, hay un total de 201.500 pacientes mayores de 75 años polimedocados incluidos en el programa, 116.265 de ellos con más de 1 año desde su captación, lo que supone una cobertura en la Comunidad de Madrid de un 57,7%.

Hasta la fecha participan, voluntariamente, 986 oficinas de farmacia (35%). En las mismas, se realiza el seguimiento de 1172 pacientes, de los cuales a 375 se les ha elaborado el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD), a 751 entregado y educado en la utilización del pastillero reciclable y a 46 colocado etiquetas con pictogramas en el envase de sus medicamentos.

Conclusiones

Estos resultados ponen de manifiesto que, aunque el Programa de Atención al Mayor Polimedocado representa un

valor añadido en la asistencia al paciente y una oportunidad de colaboración pluridisciplinar, queda todavía mucho camino por recorrer. Ha cumplido una década y el análisis de sus fortalezas y debilidades refleja la necesidad de un plan de acción y propuestas de mejora por parte de la Consejería de Sanidad y el Colegio de Farmacéuticos de Madrid. En este sentido, se plantean, entre otras medidas, dar mayor capacidad decisoria y participación a la oficina de farmacia y potenciar la relación con el centro de salud estableciendo mejores cauces de comunicación.

Programa MAPAfarma. Implantación del servicio de MAPA en farmacias andaluzas

Alberto Virués Ávila

Farmacéutico Comunitario, Chiclana (Cádiz).

Comisión de Servicios Profesionales, Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo vascular con una prevalencia altísima en nuestra población, mientras que su control deja mucho que desear. Tampoco vamos a descubrir nada, si decimos la íntima relación que ha tenido la farmacia durante toda su historia con su medición y control.

Todo evoluciona, y si hay una profesión que sabe adaptarse, esa es la profesión farmacéutica. No nos podemos quedar anclados, y si la OMS propone, y así está consensuado, que existe un patrón oro en la medición de la Presión Arterial, el farmacéutico, tiene que saber adecuarse. Este patrón oro, no es más que la Medición Ambulatoria de la Presión Arterial.

Por tanto, si unimos un reto, una necesidad de la población, la tradición en la unión de la farmacia con la medición de la PA y las recomendaciones de la OMS, nos sale que tenemos la obligación y la responsabilidad de facilitar que este servicio se implante en el máximo número de farmacias.

¿Qué es MAPAfarma[®]?, es un proyecto que sale de la comisión de servicios profesionales del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF), con la intención de facilitar la implantación de un servicio en las farmacias de Andalucía. Para ello se ha elaborado un programa/estrategia donde intervienen todos los actores alrededor del farmacéutico, para acompañarlo y generar la confianza suficiente con el compromiso que la implantación sea realidad en un futuro cercano.

MAPAfarma[®] no es un curso de formación, no pretende sólo enseñar una técnica, sino que a través del compromiso de todos, hacer una realidad que es la implantación de un nuevo servicio para la medición de la Presión Arterial. Para ello se ha seguido una cronología, que ha comprendido una fase de preparación, posteriormente un pre-piloto desarrollado en la provincia de Cádiz con cinco farmacias, y finalmente antes de su desarrollo masivo un piloto con cincuenta farmacias de toda Andalucía.

El proyecto se ha estructurado de forma piramidal, donde a través del CACOF, se ha coordinado a los ocho colegios provinciales, y en cada uno de ellos a responsables de la organización y formación. Para la puesta en marcha y la práctica de los farmacéuticos, se ha conseguido gracias a los diferentes patrocinadores (Esteve, Cinfa, Omron, Cecofar, Farmanova) aparatos que van cedidos a las farmacias, mediante la coordinación de la persona responsable del COF provincial. El farmacéutico de esta forma aprende de la mejor manera “Hacer, haciendo”. Los aparatos son distribuidos a las diferentes farmacias, gracias a las cooperativas farmacéuticas que se encargan del transporte. Cada uno de los farmacéuticos necesita hacer cinco pruebas, para poder optar a la acreditación.

La realización tanto del proyecto, como del nivel de conocimientos que deben tener adquiridos los farmacéuticos que lo realicen, han sido consensuados con las diferentes sociedades científicas médicas, de tal forma que se ha ido enriqueciendo con sus aportaciones. Además, también se ha llegado a un acuerdo con la Escuela Andaluza de Salud Pública, para facilitar y complementar la formación en materias como la comunicación, etc..., así como aprovechar su plataforma formativa online para la realización de la enseñanza teórica.

Tenemos por tanto todos los integrantes de la farmacia unidos, por un lado la distribución, por otro lado las organizaciones colegiales, también la industria, las sociedades científicas médicas, todo ello coordinado mediante una persona en cada colegio farmacéutico provincial. Además, se cuenta para aquellas farmacias que no puedan adquirir un aparato, la cesión del mismo por parte del Colegio Provincial, poniendo al alcance de todos, la posibilidad de implementar el servicio.

Los resultados, tanto de la prueba pre-piloto, como en el piloto realizado, han puesto de manifiesto, por un lado la necesidad que existe en la sociedad de este servicio, y por otro lo limitado, con un alto índice de error, al actuar tomando decisiones terapéuticas en función de la toma aislada de PA. Otro dato a tener en cuenta durante la fase de piloto, fue la buena aceptación por parte de los pacientes en el pago por el servicio prestado, siendo a nuestro entender el servicio profesional farmacéutico más fácil de cobrar de todos los que se han querido implantar en la farmacia. Actualmente, el programa está en su fase de desarrollo formando en todas las provincias con diferentes cursos a numerosos farmacéuticos, pasando próximamente a su presentación a medios de comunicación y con esto su difusión definitiva a la sociedad.

Proyecto MEDAFAR V Fase. Comunicación médico-farmacéutico vía electrónica

Raimundo Pastor Sánchez

Médico de Familia, Alcalá de Henares (Madrid).

Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá.

MEDAFAR nació en 2006 mediante un acuerdo firmado por la Fundación Pharmaceutical Care España y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), con el apoyo de los Laboratorios Esteve.

Esta colaboración científica pretende (mediante el estudio, la investigación y la docencia) fomentar y alcanzar la coordinación interprofesional eficiente entre médicos y farmacéuticos, y singularmente entre médicos de atención primaria de salud y farmacéuticos comunitarios. Con el objetivo general de incrementar la efectividad y seguridad de los tratamientos, evaluar su necesidad y mejorar la educación sanitaria en la asistencia fármaco-terapéutica a los pacientes.

Para conseguirlo se han elaborado una serie de herramientas, como un glosario terminológico, una página web (www.medafar.com) y, en especial, la Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas (CDF). Esta clasificación facilita un lenguaje normalizado y validado de 38 rúbricas que permite y ordena la comunicación en las derivaciones de los pacientes, tanto en español como en inglés. Su codificación ha sido diseñada para ser intuitiva y de fácil manejo. Las rúbricas, compuestas por dos dígitos alfanuméricos, se agrupan en cuatro categorías bien diferenciadas: efectividad / eficiencia, información / educación sanitaria, necesidad y seguridad. Actualmente se está usando en trabajos de investigación científica y como recurso docente. Si medimos su impacto social a través de sus dos artículos publicados en Wikipedia, ha recibido más de 100.000 consultas en los últimos cinco años, en concreto 47.403 en español y 68.254 en inglés entre diciembre de 2009 y agosto de 2015, indicadores del interés que despierta la CDF.

Además, hemos investigado también las diversas vías de comunicación (impresos, teléfono, fax, etc.) entre estos profesionales sanitarios, siendo lo más habitual usar al paciente como “mensajero oral”, lo que origina pérdida de datos, cuando no distorsión de la información transmitida. En la actualidad, al disponer de ordenadores y conexión a Internet en prácticamente todos los despachos profesionales, es necesario abrir vías directas y dinámicas en las derivaciones fármaco-terapéuticas entre farmacéuticos y médicos en ambos sentidos. Para ello MEDAFAR ofrece formularios de interconsulta normalizados, con apartados bien definidos y estructurados, que al estar informatizados agilizan su cumplimentación y facilitan su lectura y respuesta. Las situaciones remitidas se codifican mediante la CDF, ofreciendo la posibilidad de efectuar estudios clínicos, farmacológicos y epidemiológicos.

La historia del proyecto MEDAFAR ha evolucionado en cinco fases, contando siempre con un grupo estable de investigadores y de numerosos colaboradores. La primera (2006-2007) consistió en la elaboración de protocolos de actuación consensuados, entre farmacéuticos y médicos, ante pacientes asmáticos e hipertensos; esto permitió disponer de un extraordinario arsenal de diferentes situaciones que precisaban de interconsulta relacionada con la farmacoterapia. En la segunda fase (2008) se hizo un estudio de campo, midiendo los tipos y características de las derivaciones y las vías de comunicación utilizadas, al aplicar los protocolos prediseñados; orientándonos sobre la importancia de los diversos factores que intervienen en la comunicación interprofesional. En la tercera fase (2009) se elaboró y publicó la Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas, como esfuerzo de síntesis y puesta en común de toda la información y experiencia adquirida, constituyendo una herramienta de trabajo esencial para codificar cualquier tipo de interconsulta, independientemente del tipo de medicamento o problema de salud concreto que se vea implicado. En la cuarta (2010-2013) se procedió a su validación, a su difusión en foros profesionales, y a la formación en su manejo mediante talleres teórico-prácticos.

Actualmente MEDAFAR ha llegado a su quinta fase, en la que se pretende alcanzar la implantación sistemática de estas herramientas y vías de comunicación como estrategia para lograr la plena coordinación entre médicos y farmacéuticos. Esta fase es clave para la atención farmacéutica prestada especialmente a los enfermos crónicos, al ser los mayores consumidores de medicamentos, al sufrir múltiples problemas de salud y utilizar habitualmente los sistemas de receta electrónica. Es vital cuidar a los pacientes y garantizar un uso eficaz y seguro de los medicamentos. Para su establecimiento es preciso contar con la voluntad de los profesionales sanitarios, como agentes que asisten directamente a los pacientes; y con los recursos y disponibilidad de las Consejerías de Sanidad y de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, como instituciones que disponen de la infraestructura tecnológica y del patrimonio humano necesarios para progresar en el desarrollo de servicios en condiciones de eficiencia y calidad. Es nuestro siguiente reto.

En conclusión: el proyecto MEDAFAR facilita la coordinación entre farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria de salud. Propone el uso de la Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas y las vías de comunicación telemáticas como herramientas fundamentales en la comunicación interprofesional. Y actualmente está desarrollando su fase de implantación en colaboración con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas.

Ponencias y conferencias

CONFERENCIA INAUGURAL

Viviendo con la atención farmacéutica

María José Faus Dáder

Directora de la Cátedra María José Faus Dáder de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care.

Es un enorme honor para mí inaugurar el IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, pues significa que un sueño que comenzó en San Sebastián en 1999, continúa en el tiempo.

Yo entiendo a la Atención Farmacéutica como el compendio de muchas cosas, pero que tiene un envoltorio al que podríamos definir como una filosofía profesional, donde el icono es el trabajo que realiza el farmacéutico con el paciente, con el fin de ayudarlo a obtener el máximo beneficio de sus medicamentos. Este objetivo pone de manifiesto el papel asistencial del farmacéutico, por su implicación en la consecución de resultados en salud.

Todo este movimiento comienza cuando se empezó a ser conscientes de que los medicamentos no siempre consiguen sus objetivos, si no que a veces fallan. Que esos fallos constituyen un problema de salud pública, ya que afectan a la salud de la población y consumen recursos económicos, y que eran un problema al que se le tenía que buscar solución. Esta solución fue visualizada en un artículo científico en 1990, firmado por los profesores norteamericanos Hepler y Strand, y a partir de este momento el desarrollo de este paradigma se puso en marcha.

En ese momento los farmacéuticos españoles comenzaban a plantearse su futuro profesional con la intención de hacerse imprescindibles para la sociedad. Y se dio algo que sucede muy pocas veces de forma simultánea, existía una necesidad social y existían unos profesionales capacitados y dispuestos a dar respuesta a esa necesidad.

Mi posición académica en ese momento me facilitó participar en ese proceso. Era la decana de una Facultad de Farmacia y tenía una relación estrecha con los profesionales farmacéuticos, por el tema de las prácticas tuteladas de los alumnos. Mi relación con la farmacia había terminado con mi ingreso en la universidad y mi trabajo profesional había estado centrado de forma exclusiva en la docencia e investigación en el campo de la Bioquímica. Y en ese momento me veía dirigida a interesarme por el futuro de los profesionales que aportábamos a la sociedad.

Así en ese mismo año 1990, el profesor Fernando Martínez y yo, con la colaboración del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, organizamos en Granada un Forum sobre el ejercicio de la profesión Farmacéutica en la sociedad actual y futura. Esta fue una reunión, que según una revista profesional resaltó, había dado en la diana. El principal motivo de este éxito fue la sesión dedicada a la Oficina de Farmacia, donde se empezó a vislumbrar la necesidad del papel asistencial del farmacéutico. Y nosotros desde la universidad percibimos que era necesario empezar a bucear sobre las necesidades formativas de esta nueva responsabilidad profesional y la necesidad de que se cimentara en resultados de investigación.

En el año 1993, la OMS publicó el Informe Tokio Sobre el papel del farmacéutico en los sistemas de salud, donde se dice claramente que el futuro de la profesión pasa de forma ineludible por la Atención farmacéutica, y entre otros muchos mandatos recomienda a las universidades se impliquen en la formación de estos nuevos farmacéuticos y en investigar en esta nueva línea. En la Universidad de Granada entendimos que debíamos oficializar un grupo que trabajara en estos dos ámbitos, y así nació el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, reconocido por la Junta de Andalucía en ese mismo año de 1993. Desde el principio este fue un Grupo muy heterogéneo, multidisciplinar y pluriregional, compuesto por profesores de universidad y profesionales sanitarios de todos los niveles, entre los que predominaban farmacéuticos comunitarios y hospitalarios, médicos, psicólogos y estadísticos, de todo el país. El denominador común de todas las personas que se unieron al Grupo era el entusiasmo, la ilusión por hacer evolucionar al farmacéutico tradicional hacia un rol más asistencial. Y queríamos hacer esto de la manera más científica posible.

Así desde el primer momento, la realización de tesis doctorales en este campo fue una de nuestras prioridades. La primera de estas tesis, la del Dr. Martínez Romero, se defendió en 1993 con trabajos previos a la creación del Grupo y centrados en la Formación Continuada que necesitaban los farmacéuticos comunitarios, para afrontar su nuevo reto asistencial. La semana pasada se defendió en la Universidad de Granada la tesis número 95 realizada dentro de nuestro Grupo en estos 22 años de actividad, y que lógicamente el total de ellas han producido un número muy elevado y cada vez de mayor calidad de publicaciones en revistas científicas, lo que nos ha convertido en un Grupo altamente competitivo dentro de la universidad española y reconocido a nivel internacional. Estamos muy orgullosos de que la mayoría de estos doctores sean farmacéuticos comunitarios y hospitalarios, que con sus investigaciones nos han permitido avanzar en el desarrollo conceptual de la Atención Farmacéutica y en la demostración de que este ejercicio profesional ayuda a detectar y resolver problemas de salud, que es el núcleo de la labor de los profesionales sanitarios.

Paralelamente a nuestra dedicación, fueron apareciendo otros grupos con similares objetivos, tanto a nivel nacional como internacional. Y con la mayoría de estas entidades colaboramos y en algunos casos hemos participado en su creación y en el desarrollo de algunas de sus actividades. Tal es el caso de nuestra anfitriona en este Congreso, la

Fundación Pharmaceutical Care España en 1998 y de su revista científica.

Un momento clave para la implantación de la Atención Farmacéutica en España, fue la celebración de un Simposium de Oficina de Farmacia, dentro del V Congreso de Ciencias Farmacéuticas, celebrado en Alcalá de Henares en 1995, y cuyo invitado de honor fue el profesor Hepler, que nos animó a trabajar desde todos los ámbitos y con toda nuestra dedicación, por el desarrollo de la Atención Farmacéutica en España.

Como he dicho anteriormente, nuestros objetivos eran trabajar en la formación en Atención Farmacéutica en todos sus niveles: grado, postgrado y continuada. Investigar en los conceptos de la Atención Farmacéutica y en los resultados de su aplicación. Y en establecer relaciones con los profesionales farmacéuticos, que permitieran la implantación de los Servicios Farmacéuticos orientados a los pacientes, que han ido surgiendo a lo largo de su desarrollo. Así en el campo de la formación, la Universidad de Granada oferta en 1997 el primer Master de Atención Farmacéutica del país, y del que se han celebrado más de 40 ediciones de carácter nacional e internacional. Este Master fue una apuesta valiente, ya que significó comenzar a tener un cuerpo de doctrina en este nuevo campo. Actualmente son muchas las universidades españolas que ofertan formación de postgrado en temas relacionados con la farmacia asistencial. Por otra parte, los cursos de formación continuada para farmacéuticos, centrados en la Atención Farmacéutica, comenzaron a ser ofertados de forma mayoritaria, tanto por centros docentes como por las corporaciones farmacéuticas y por los laboratorios farmacéuticos. En este apartado me gustaría resaltar los cursos vía satélite que organizamos junto a un laboratorio de medicamentos genéricos, y que llegaron a reunir de forma simultánea a 6.000 farmacéuticos en todo el país. Por último y en el objetivo más difícil de conseguir, que era la inclusión de la Atención Farmacéutica en el Grado de Farmacia, podemos congratularnos porque todas las Facultades de Farmacia en España, ofertan actualmente asignaturas con esta denominación, si bien en estos momentos se está trabajando en los contenidos que estas asignaturas deben de ofrecer, para proveer a la sociedad farmacéuticos asistenciales bien formados.

Nuestra experiencia en estos 25 años con la Atención Farmacéutica no ha sido una labor aislada, ni en el plano nacional ni en el internacional. Se han realizado otras muchas actividades y en la mayoría hemos participado.

Así en este periodo se han creado organismos como la Pharmaceutical Care Network European, la Fundación Pharmaceutical Care España, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), y el FORO de Atención Farmacéutica. Se han realizado actividades como la publicación del Documento de Barcelona de la Conferencia Nacional de Decanos de Farmacia (1996), los Consensos de Granada sobre Resultados Negativos asociados a la Medicación (1998-2002-2007), el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2001), el Libro Blanco sobre el Grado en Farmacia (2004), los documentos de FORO de Atención Farmacéutica (2008), de Good Pharmacy Practice de FIP/OMS (2011), de la SEFAC sobre Servicios Farmacéuticos

(2013), de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria (2013) y el Documento de Córdoba (2014) del Consejo General de COF. En investigación, es importante resaltar nuestro Programa de colaboración con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) para la realización de tesis doctorales y nuestros proyectos más emblemáticos, como el Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico y el Programa conSIGUE de Impacto e Implantación del Seguimiento Farmacoterapéutico en España. Se han publicado numerosos libros sobre temas relacionados con la Atención Farmacéutica, tanto a nivel nacional como internacional, así como innumerables artículos en revistas científicas.

Detrás de todos estos datos, existe el trabajo desinteresado y entusiasta de muchas personas que luchan por hacer real esta evolución profesional del farmacéutico, con dos objetivos fundamentales: ayudar a los pacientes a mejorar sus resultados en salud a través de los medicamentos y el hacerse imprescindibles como sanitarios dentro de la sociedad.

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA

GRANDES PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (I)

Efectividad de un programa de atención farmacéutica en pacientes con hipertensión arterial en la farmacia comunitaria. Estudio AFPRES

Blanca Suárez Luque

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada

Introducción

En España, la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) diagnosticada en la población adulta es de un 35%. Esta enfermedad representa uno de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) más importantes, por lo que su prevención y control es un objetivo fundamental para el sistema sanitario.

Sin embargo, se estima que existe falta de control de la presión arterial (PA) en alrededor del 50% de los pacientes. Entre los factores relacionados con esa falta de control se encuentran la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, la falta de seguimiento de hábitos de vida cardiosaludables, y la necesidad de ajustes cronofarmacoterapéuticos en pacientes que presentan descenso nocturno de PA insuficiente.

Por ello, es necesario seguir desarrollando estrategias que impliquen a todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente con HTA, para lograr un mayor control de la PA. Entre ellos, el farmacéutico comunitario, por su accesibilidad y proximidad al paciente, por su formación en materia de medicamentos, y por su entrenamiento en aspectos relacionados con la educación para la salud, representa una oportunidad a valorar por el sistema sanitario para lograr dicho objetivo.

Los motivos anteriores apoyan la necesidad de desarrollar un programa enmarcado dentro de la atención farmacéutica en el que se aproveche la oportunidad de abordar a los pacientes con HTA desde la farmacia comunitaria desde una perspectiva de colaboración interprofesional (farmacéutico-médico). Existen unas necesidades no cubiertas de los pacientes, relacionadas con el uso de los medicamentos antihipertensivos, que convierten al farmacéutico en un agente sanitario clave para ayudar a lograr los objetivos terapéuticos, realizando un seguimiento exhaustivo del paciente, comprobando la necesidad de ajustes posológicos, o fomentando la adherencia al tratamiento farmacológico. Por otra parte, gran cantidad de estudios proporcionan evidencia científica sobre el impacto positivo de las intervenciones farmacéuticas sobre los resultados en salud de los pacientes con HTA, tanto a nivel nacional como a como nivel internacional. En 2014 se publicó un meta-análisis internacional que agrupaba 39 ensayos con un total de

14.224 pacientes, concluyendo que la intervención farmacéutica mejora significativamente el control de la PA de los pacientes¹. En el mismo año, también se publicó una revisión sistemática sobre los estudios españoles que han evaluado el impacto de la atención farmacéutica sobre el control de la PA en el ámbito de la farmacia comunitaria, mostrando en general mejoras en resultados clínicos, en línea con los estudios internacionales².

Así, en Enero de 2015 se puso en marcha el estudio AFPRES como iniciativa de la Fundación Pharmaceutical Care, el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada; habiendo recibido previamente el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

El objetivo del estudio es evaluar el efecto de un programa de atención farmacéutica multicomponente en pacientes con HTA tratados farmacológicamente, sobre resultados clínicos (cifras de PA y otros resultados en salud), humanísticos (calidad de vida) y económicos (uso de recursos sanitarios).

Material y métodos

Se trata de un estudio con diseño cuasi-experimental controlado, en el que participaron de forma voluntaria aquellas farmacias de las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo que mostraron interés en el programa. En cada provincia, las farmacias fueron asignadas aleatoriamente al grupo control (FC) o al grupo intervención (FI). Todas se comprometieron a captar 6 pacientes con tratamiento antihipertensivo instaurado y seguir a dichos pacientes durante un periodo de 6 meses, de enero a junio de 2015. Los pacientes pertenecientes a las FC recibieron la asistencia habitual (a demanda por parte del paciente). Los pacientes pertenecientes a las FI acudieron al menos una vez al mes a la farmacia y se les prestó el servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), registrándose la información relativa a medicamentos utilizados, problemas de salud, problemas relacionados con los medicamentos (PRM), resultados negativos asociados al uso de medicación (RNM) e intervenciones farmacéuticas. En ambos grupos, se midió la PA en la farmacia al inicio y al final de estudio, y se recogió la información relativa al uso de recursos sanitarios (visitas al médico de atención primaria (MAP), médico de atención especializada, frecuentación de servicios de urgencias, e ingresos hospitalarios, referidos por los pacientes en los 6 meses anteriores) tanto al inicio como al final del periodo de estudio.

Los farmacéuticos de las FI recibieron un programa formativo consistente en sesiones clínicas mensuales sobre los siguientes temas:

- HTA y medicamentos: Epidemiología, etiología y clínica de la HTA, estrategias farmacológicas y algoritmos de tratamiento.
- Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA): Uso del dispositivo de monitorización, identificación de pacientes susceptibles de esta medida, e interpretación de resultados.

- Hábitos cardiosaludables. Aspectos relacionados con posibles intervenciones como la deshabituación tabáquica, medidas higiénico-dietéticas y promoción del ejercicio físico.
- RCV. Test de Findrisk.
- RCV. Test Score.
- Casos clínicos AFPRES.

Así, los farmacéuticos pertenecientes a las FI obtuvieron una formación complementaria para poder abordar las diferentes situaciones identificadas en los pacientes, e intervenir de una forma personalizada y adaptada a la situación clínica de cada paciente.

Resultados

El programa se inició con 80 farmacias y 389 pacientes, siendo completado el estudio por 63 farmacias, 32 (50,8%) FC y 31 (49,2%) FI. En el estudio fueron incluidos un total de 319 pacientes, 146 (45,8%) hombres y 173 (54,2%) mujeres, con una edad media de 67,6 años (DE 11,2). De ellos 162 (50,8%) pertenecían a las FC y 157 (49,2%) a las FI. Las características basales de ambos grupos fueron comparables, no encontrándose diferencias significativas en ninguna de las variables del estudio al inicio del periodo de seguimiento.

Al final del periodo de seguimiento, el porcentaje de pacientes con PA controlada fue superior en las FI (54,6%) que en las FC (45,5%), siendo la diferencia estadísticamente significativa. En los pacientes de las FI se produjo una disminución en la PA sistólica (PAS) media de 11,2mmHg, y en la PA diastólica (PAD) media de 5,1mmHg, siendo dichas disminuciones estadísticamente significativas.

Se obtuvo una reducción estadísticamente significativa del 7,6% en la frecuentación de urgencias. En cuanto a la frecuentación de MAP, del total de las personas que al inicio del estudio acudían al MAP (n=98) al final dejaron de ir un 58,2% (n=57). Mientras que, entre aquellos que no iban al inicio de estudio (n=59) acudieron al MAP un 22% (n=13). Esta relación es estadísticamente significativa. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la frecuentación de médico de atención especializada, ni en hospitalizaciones.

Discusión

Los resultados analizados del estudio AFPRES se encuentran alineados con los de estudios previos a escala nacional e internacional, mostrando mejoras en resultados clínicos (grado de control de la PA).

Las reducciones de PAS media (11,2mmHg) y PAD media (5,1mmHg) conseguidas en las FI, además de ser estadísticamente significativas, superan el umbral conocido como “cambio clínicamente relevante”, establecido en 5mmHg.

Por otro lado, se han obtenido mejoras relevantes en la frecuentación de urgencias y MAP. Estos resultados permiten que el programa de atención farmacéutica en pacientes con HTA en el ámbito de la farmacia comunitaria, pueda ser valorado como una aportación útil a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Conclusiones

El programa de atención farmacéutica en pacientes con HTA en el ámbito de la farmacia comunitaria tiene un efecto beneficioso sobre el control de la PA de dichos pacientes.

El programa es efectivo en términos de racionalización del uso de recursos sanitarios, disminuyendo significativamente la frecuentación a urgencias y MAP.

Bibliografía

1. Santschi V, Chiolero A, Colosimo AL, Platt RW, Taffe P, Burnier M, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 2014;3(2):e000718.
2. Luque R, Martínez-Martínez F, Martí M, Gastelurrutia MA, Dago A, Andrés J, et al. Revisión sistemática de los estudios españoles sobre atención farmacéutica en hipertensión arterial. *Pharm Care Esp.* 2014;16(5):193-202.

Estudio ADTRALIP. Adherencia al tratamiento en pacientes con hipercolesterolemia en España

Angel Garay Garay

Presidente del COF Guipuzkoa

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas y se estima que esta falta de adherencia puede ascender al 50% en algunas patologías. Las acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento terapéutico logran disminuir el gasto sanitario y tienen impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Además, estas acciones aportan un valor añadido al profesional médico y farmacéutico.

La hipercolesterolemia es una enfermedad metabólica crónica que se trata, además de con modificaciones del estilo de vida, con tratamiento farmacológico. Se estima que en España el 50,5% de la población adulta presenta hipercolesterolemia y los pacientes que llegan a controlar la enfermedad apenas supera el 20%, por lo que se justifica la necesidad de intervenir en este aspecto y recoger información sobre la adherencia del tratamiento en el territorio español.

El proyecto de adherencia al tratamiento, Adtra-Lip, es un estudio clínico experimental controlado, aleatorizado y multicéntrico que se está llevando a cabo en 10 comunidades autónomas de España por 100 médicos de atención primaria y 100 farmacéuticos comunitarios. Este estudio pretende evaluar el impacto de la intervención profesional

sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con hipercolesterolemia. Además, con este estudio se busca establecer la dimensión del problema y determinar los factores que influyen en esta falta de adherencia. Por último, se tratará de estudiar si existen diferencias en la adherencia relacionadas con si el medicamento es genérico o marca y se implantarán estrategias de intervención valorando su impacto y eficacia en el control de la enfermedad.

Para ello, cada investigador reclutará 9 pacientes con hipercolesterolemia que cumplan los siguientes criterios: ser mayor de edad, tener hipercolesterolemia diagnosticada, que acuda al médico de atención primaria o a la farmacia comunitaria, que tenga tratamiento estable con estatinas en los tres meses previos a la entrada del estudio y que sean ellos mismos los que acuden a la farmacia. Por otro lado, no podrán reclutar pacientes que reciban tratamientos adicionales para la dislipemia además de la estatina, que no puedan participar en primera persona en el estudio, que residan o son atendidos en centros socio-sanitarios, que tengan accidente vascular, estén vinculados a programas de rehabilitación cardíaca o se encuentra en fase terminal ni aquellos que no den el consentimiento informado. A estos pacientes se les evalúa la adherencia mediante el test Morisky-Green, cuestionario más utilizado en la actualidad y el que está validado para enfermedades crónicas como las dislipemias. De los pacientes reclutados 3 serán adherentes al tratamiento y los 6 restantes no adherentes. Mediante una plataforma online diseñada para el presente estudio y lugar donde se registrarán todos los datos del ensayo, se aleatorizan los pacientes no adherentes al grupo intervención o no intervención. Este registro de datos se realiza mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico donde se almacenarán hasta el final de estudio.

Por lo tanto el estudio se divide en tres brazos:

- Brazo A o cumplidores: Se forma por pacientes clasificados como cumplidores a los que se les hace el seguimiento según práctica clínica habitual.
- Brazo B o no cumplidores sin intervención: Se forma por pacientes no adherentes al tratamiento que se les hace el seguimiento según práctica clínica habitual.
- Brazo C o no cumplidores con intervención: Se forma por pacientes no adherentes al tratamiento a los que se les hará un seguimiento exhaustivo tratando de identificar la causa de la falta de adherencia y se les plantearán intervenciones para corregir este incumplimiento.

El profesional sanitario por lo tanto, registrará datos de los 9 pacientes reclutados pero intervendrá sólo en 3 de ellos, en los tres pacientes no cumplidores asignados a intervención.

Las causas del incumplimiento pueden ser diversas, por lo que una correcta identificación será imprescindible para que la intervención sea eficaz. El incumplimiento puede ser involuntario (dificultad de accesibilidad al medicamento u olvido) o voluntario. Dentro de este último grupo las causas se han dividido en: formativos (no quiere mejorar su estado de salud, considera inadecuada la información recibida de su enfermedad, tiene prejuicios infundados,

no conoce la gravedad de la enfermedad,...), psicológicos (por razones culturales o creencias), estructurales o de gestión (cree que los genéricos no son igual de eficaces que los de marca, los cambios de presentación le dan problemas, ha tenido dificultades en recibir asistencia sanitaria,...), medicación (le resulta complicado el tratamiento, no tiene confianza en el tratamiento, le ha producido algún malestar el medicamento,...), económicos (por razones de copago o tasas) u otras.

Una vez identificada la causa de la falta de adherencia, se proponen estrategias o intervenciones para que el paciente llegue a ser cumplidor. Así, para causas de no adherencia involuntaria se proponen estrategias conductuales (adaptar el régimen posológico a la situación del paciente, sugerir un registro de tomas, utilizar sistemas personalizados de dosificación,...) mientras que para causas de no adherencia voluntaria se proponen soluciones específicas (dar información escrita y oral, dar educación sanitaria no farmacológica, envío al médico correspondiente para el ajuste de la posología,...), estrategias conductuales similares a las ya citadas, opciones para reducir el coste del medicamento o ideas para fomentar la comunicación con el profesional sanitario o familiares y cuidadores.

Así durante los 6 meses de duración del estudio se podrá evaluar si las intervenciones propuestas por el farmacéutico o médico de atención primaria son efectivas y hacen que un paciente incumplidor se convierta en cumplidor o no. Además, se valorará la modificación de los niveles séricos de colesterol y se compararán al principio y al final del estudio.

El objetivo propuesto es que la intervención del investigador aumente en un 15% los pacientes cumplidores en la población de no adherentes con hipercolesterolemia. Con el objetivo propuesto y con un nivel de confianza del 95% bilateral y precisión del 3% se calcula que el tamaño muestral debe ser de 600 pacientes por cada grupo.

A día de hoy los investigadores participantes están reclutando pacientes susceptibles de participar en el estudio y están evaluándolos durante los 6 meses posteriores. Son ya 163 investigadores los que están en activo y se han reclutado cerca de 600 pacientes. Se prevé cerrar el reclutamiento de pacientes a finales del próximo mes de Diciembre y hacer el análisis de datos correspondiente en los meses siguientes.

La población del análisis estará formada por aquellos pacientes que cumplan los criterios detallados y se describirán las características de la población de estudio. Los detalles del análisis se reflejarán en el plan de análisis estadístico y para dar respuesta al objetivo principal del estudio, se comparará la adherencia al tratamiento en el grupo de pacientes no adherentes con intervención, entre la visita basal y la visita del sexto mes.

Estudio ADHIERETE. Resultados de la evaluación, a través del uso de nuevas tecnologías y servicios profesionales farmacéuticos, de la adherencia en pacientes mayores, crónicos y polimedcados

Laura Martín Gutiérrez

Departamento de servicios asistenciales, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En 2013, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos puso en marcha el Programa ADHIERETE con el objetivo principal de evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes mayores (≥ 60 años), crónicos y polimedcados (≥ 5 medicamentos) a través de la provisión de servicios profesionales farmacéuticos (Servicio de Dispensación y Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico) y del uso de diferentes sistemas de refuerzo de la adherencia.

El Programa ADHIERETE forma parte del Partenariado Europeo para la Innovación en el Envejecimiento Activo y Saludable.

El razonamiento detrás de este Programa puede resumirse en los siguientes puntos:

- El aumento de la esperanza de vida experimentado en las últimas décadas ha traído consigo un aumento de la cronicidad, de la demanda de servicios sanitarios y del uso de medicamentos.
- A mayor uso de medicamentos, aumenta la probabilidad de que se produzca algún problema relacionado con la adherencia al tratamiento.
- La adherencia terapéutica es un proceso complejo influido por factores múltiples e interrelacionados, entre otros, el coste y acceso a medicamentos, olvidos, dificultades de comprensión del tratamiento, abandono temprano por remisión de síntomas, etc.
- Los farmacéuticos comunitarios tienen como misión atender las necesidades del paciente en todo lo relativo a su medicación.
- Distintos estudios han sugerido que las intervenciones farmacéuticas dirigidas y personalizadas tienen resultados positivos para los pacientes en aspectos como la adherencia a los tratamientos. El estudio se planteó como un estudio naturalístico (pre-post), prospectivo, aleatorizado y sin grupo control. Se contó con la participación de 51 farmacias de las provincias de Badajoz, Barcelona, Bizkaia y Cáceres. Cada farmacia debía reclutar cinco pacientes que se asignaban a uno de los tres grupos de refuerzo de la adherencia que planteaba el estudio:
- Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD): Dos de los cinco pacientes a reclutar fueron asignados a este grupo de refuerzo.
- App monitorización: App móvil para el paciente junto con una plataforma online de gestión para que el farmacéutico creara los perfiles de paciente y enviara de forma personalizada instrucciones y mensajes relacionados con la medicación utilizada. Dos de los cinco pacientes a reclutar fueron asignados a este grupo.

- SPD + App sistema de alarmas: el SPD se complementaba con una App que consistía en un sistema de alarmas. Cada paciente tuvo que realizar, al menos, siete visitas a la farmacia en función del grupo de refuerzo en el que era incluido.

Como objetivos secundarios del estudio se marcaron, entre otros, la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), y la evaluación de la calidad de vida y la satisfacción con el servicio proporcionado.

Como métodos de evaluación se emplearon el Test de Morisky-Green (M-G) y la tasa de medicación tomada, para la medición de la adherencia. Respecto a la calidad de vida, se empleó como método de evaluación el cuestionario de calidad de vida EuroQoL 5D.

El estudio contó con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi.

La muestra final reclutada fue de 174 pacientes, 114 fueron válidos para el análisis y 74 pacientes completaron el estudio. De los 40 abandonos que se produjeron, 22 fueron en el grupo de App monitorización.

56,1% de los pacientes empleaban entre 5-8 medicamentos; 34,2% entre 9-12 medicamentos.

Las enfermedades más prevalentes entre los pacientes válidos incluidos en el estudio fueron la hipertensión arterial (74,3%), hipercolesterolemia (55%), enfermedad cardiovascular (52,3%), diabetes (30,3%) y dolor (27,5%).

La adherencia, evaluada mediante el Test de Morisky-Green, evolucionó del 35% en la visita 3 (V3) al 75,7% en la visita final (VF) [$p < 0,0001$].

Por grupos de refuerzo, no se encontraron evidencias de que la evolución a lo largo de las visitas fuera distinta entre grupos [$p = 0,2870$]. El porcentaje de pacientes cumplidores aumentó a lo largo de las visitas para los tres grupos siendo más altos dichos porcentajes en el grupo de SPD y SPD + App sistema de alarmas. En el grupo App monitorización la diferencia era claramente inferior.

No se encontraron diferencias significativas según sexo [$p = 0,8071$] ni tampoco se vio una evolución de la adherencia diferente entre sexos.

Se vio que la evolución de los pacientes era diferente según avanzaban las visitas en función del número de medicamentos utilizados. Para los pacientes con 5-8 medicamentos se vieron diferencias significativas entre visitas [$p < 0,0001$], hecho que no ocurría en pacientes con más de 8 medicamentos [$p = 0,1063$].

A la hora de estudiar el grado de asociación entre factores, se vio el grupo SPD estaba 3.87 veces más asociado a pacientes adherentes que el grupo App monitorización (IC 95% -1,53-9,76, significativo) mientras que el grupo SPD + App sist. alarmas estuvo 2,79 veces más asociado (IC 95%- 0,97-8,03, no significativo).

La adherencia, evaluada a través de la toma de medicación, pasó del 62,1% en la V3 al 89,2% en la VF [p<0,0001]. Por grupo de refuerzo, no se vieron evidencias de que la evolución fuera distinta según el grupo de refuerzo [p=0,0678]. Cabe destacar que ningún paciente identificó como motivo de incumplimiento no poder permitirse la medicación por motivos económicos.

En lo relacionado con la calidad de vida de los pacientes se pasó de 0,651 en la V1 a 0,721 en la VF observándose una diferencia de 0,078 puntos [p=0,002] sobre 1 como valor máximo.

Respecto al grado de satisfacción de los pacientes se obtuvo una puntuación media de 81,28 sobre 100. En el análisis por grupos se observó que la diferencia entre los grupos que utilizan SPD y el grupo App monitorización era significativa [p=0,0067].

A lo largo del estudio se identificaron 257 PRM en 114 pacientes. El 89,5% de los mismos estuvieron relacionados con la medicación. Los medicamentos que más incidencias produjeron fueron los inhibidores de la bomba de protones (8,7 %). Dentro de la asociación entre medicación/problemas de salud fue la hipertensión arterial (18,52%). Los principales PRM identificados fueron de incumplimiento (54,1%), interacciones (11,3%) y dosis, pauta y/o duración no adecuadas (10,1%).

El 63,2% de los pacientes se vieron afectados por PRM de incumplimiento, el 14% por una dosis, pauta y/o duración no adecuadas y el 8,8% por interacciones.

Respecto al estudio de RNM, se identificaron 257 en 114 pacientes, los principales fueron de ineffectividad (50,9%), necesidad de medicamento (26,8%) y de inseguridad (17,9%).

El 59,9% de las intervenciones propuestas por el farmacéutico estuvieron relacionadas con la provisión de información, bien educación sanitaria (30,7%) o bien información personalizada del medicamento (29,2%).

El porcentaje de incidencias no sólo disminuyó a lo largo del estudio sino que además se resolvieron pasando del 27,7% en la V3 al 61,1% en la VF.

En lo relativo al análisis de recursos empleados, destacar que el tiempo medio dedicado a cada una de las visitas fue de 36,32 minutos.

Conclusiones

- Los grupos de refuerzo a la adherencia empleados funcionan correctamente ya que el porcentaje de pacientes adherentes aumenta a lo largo del estudio. De ahí se deduce que la intervención del farmacéutico parece ser efectiva en la mejora de la adherencia, con independencia del sistema de refuerzo empleado.
- La evolución de la adherencia fue superior para los grupos con SPD. No obstante, en todos los grupos se encontraron diferencias significativas por lo que la adherencia mejoró en todos los pacientes participantes en el estudio.
- La mejora de la adherencia puede ir ligada a una mejora en la calidad de vida de los pacientes.
- Para el grupo de pacientes que emplearon la App monitorización tanto los resultados de adherencia como de calidad de vida y la satisfacción con el programa, aunque mejoraron, fueron inferiores que en los otros grupos. Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos queremos agradecer la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Badajoz, Barcelona, Bizkaia, Cáceres, de Laboratorios Esteve y el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de PGEU (Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea), de Anota y de la Fundación Vodafone España.

¹El Programa Adhiérete forma parte del Partenariado Europeo para la Innovación en el Envejecimiento Activo y Saludable.

²Problemas relacionados con los medicamentos.

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA

GRANDES PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN FARMACÉUTICA (II)

Programa conSIGUE Implantación. Evaluación, implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a mayores polimedicados en la farmacia comunitaria española, como ejemplo de Servicio Profesional Farmacéutico

Raquel Varas Doval

Departamento de servicios asistenciales, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

¿Qué es?

conSIGUE es un programa de investigación cuyo principal objetivo es avanzar en la implantación y sostenibilidad de Servicios Profesionales Farmacéuticos (SPF) en la farmacia comunitaria española, utilizando el de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes mayores crónicos, polimedicados, como ejemplo. Está liderado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y la Universidad de Granada, a través de su Grupo de investigación en Atención Farmacéutica, cuenta con la participación de farmacéuticos comunitarios de diferentes Colegios Provinciales (COF) y la colaboración del laboratorio Cinfa. Tiene el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Fundación Pharmaceutical Care España, Sefac y las Comunidades Autónomas implicadas.

Participan investigadores de universidades internacionales (Universidad Tecnológica de Sídney y Leeds) y nacionales (San Jorge, Vitoria y La Laguna), Formadores Colegiales (FoCo), farmacéuticos contratados por los COF y formados específicamente en la provisión del Servicio de SFT en la farmacia comunitaria. El FoCo actúa como “facilitador” o “apoyo externo”, llevando a cabo un rol específico en la práctica diaria de la farmacia y del farmacéutico, con el objetivo de intervenir sobre ésta.

conSIGUE se ha proyectado en base a la evidencia científica, de acuerdo con las fases que requiere la investigación de una innovación, como son los SPF. Las fases de dicha investigación son; diseño, definición y procedimiento del servicio, evaluación del impacto del servicio de acuerdo al modelo ECHO (a nivel económico, clínico y humanístico), diseminación, implantación del servicio y sostenibilidad (inicial hasta su remuneración).

¿Dónde estamos?

conSIGUE se desarrolla, utilizando la definición y el procedimiento del Servicio de SFT publicado en el “Documen-

to de Consenso de Foro de Atención Farmacéutica”¹ (2008), en dos fases:

1. conSIGUE Impacto (2009 - 2013) contó con la participación de farmacéuticos de seis COF a lo largo de seis meses, con el objetivo principal de evaluar el impacto del Servicio de SFT en los mayores crónicos y polimedificados en resultados ECHO. Los resultados obtenidos se publicaron en febrero 2014². En líneas generales, el estudio principal de 6 meses de provisión del servicio de SFT contando con la participación de 10 FoCo, 178 farmacias distribuidas en Grupos Intervención y Comparación, 250 farmacéuticos y 1.403 pacientes, puso en evidencia la importancia de la farmacia comunitaria. Se consiguió:
 - Una reducción significativa del: 56% en el porcentaje de problemas de salud no controlados; 49% en el porcentaje de pacientes que refirieron haber acudido a los servicios de urgencias; y 55% en el porcentaje de pacientes que refirieron haber sido hospitalizados.
 - Una mejora significativa de la calidad de vida con un incremento de 6,6 puntos de media.
 - Una reducción media de 0,15 medicamentos /paciente a los 6 meses.
 - El Servicio de SFT es coste-efectivo y genera beneficios al sistema. En los resultados obtenidos en el análisis de coste-utilidad², el coste total medio (costes relativos a los medicamentos, tiempo empleado por el farmacéutico, asociados al ingreso hospitalario y a la asistencia en servicios de urgencias, inversión requerida en la farmacia y formación del farmacéutico en el servicio) fue de $977.57 \pm 1455.88\text{€}$ para el Grupo Intervención y de $1173.44 \pm 3671.65\text{€}$ para el Grupo Comparación.
2. conSIGUE Implantación (2013-2015), cuyo trabajo de campo, estudios piloto y principal, está finalizando, tiene por objetivo principal diseñar y evaluar un programa de implantación de SPF en el ámbito de la farmacia comunitaria, utilizando el de SFT como ejemplo de Servicio.

El diseño del estudio es híbrido de efectividad-implantación, por lo que los resultados incluirán medidas de impacto ECHO del Servicio de SFT, además de medidas de implantación y sostenibilidad. Participan una media de 10 Farmacias Comunitarias por cada uno de los 12 COF implicados. El estudio principal tiene una duración 12+3 meses de trabajo de campo (los últimos 3 meses sin el apoyo del FoCo). Los farmacéuticos participantes pertenecen a los COF de A Coruña, Albacete, Canarias, Ciudad Real, Córdoba, Granada, Guipúzcoa, Guadalajara, Huelva, Navarra y Valencia. La población diana es la misma que se estudió en la fase Impacto.

¿Qué es la implantación?

A pesar de los beneficios que la provisión de determinados Servicios han mostrado en diferentes estudios, resulta evidente que si no se implantan en la práctica diaria de los farmacéuticos, no serán capaces de producir los resultados en salud obtenidos durante la etapa de evaluación. El término implantación se define como el proceso de puesta en práctica o de integración de intervenciones o de SPF, en nuestro caso, en un determinado ámbito; pasar de la

teoría a la práctica y rutinizarla.

conSIGUE implantación utiliza, en base a una exhaustiva revisión bibliográfica, un Marco teórico para la Implantación de Servicios en las Farmacias denominado FISpH (Framework for the Implementation of Services in Pharmacy). Un modelo que consta de etapas, que van desde el proceso de descubrimiento hasta la sostenibilidad, pasando por las fases de exploración, preparación, prueba o implantación inicial y completa. Entre las diferentes fases, las farmacias van pasando por situaciones asociadas a los diferentes dominios para alcanzar la implantación como son, la decisión del COF, el compromiso del titular, la conducta del paciente o de los implicados (personal de farmacia), la organización/entorno local de la farmacia (pacientes, comunidad y profesionales sanitarios), otros factores de influencia (barreras y facilitadores, como pueden ser la preparación para el cambio, la percepción, competencia, idoneidad, ventajas relativas, etc.) y las estrategias a realizar en cada entorno (formación, cambio de roles y responsabilidades).

Por ello, además de los resultados en salud, se obtendrá información de la evaluación de todos los aspectos del proceso de implantación, incluidos los indicadores del paso entre las diferentes etapas del modelo, de los factores condicionantes (barreras y facilitadores) y el cambio de éstos, del proceso, de las estrategias realizadas y las medidas generales de los resultados y nivel de implantación (alcance y fidelidad) y el nivel de provisión del servicio (integración).

Según los resultados obtenidos en el sexto mes del trabajo de campo, los farmacéuticos respondieron que eran muy adherentes al Servicio de SFT, con una puntuación media de 4,4 sobre 5. Esta alta percepción de adherencia al procedimiento del Servicio de SFT puede ser debido a que los proveedores del mismo continúan recibiendo apoyo para la implantación a través de las visitas del FoCo.

¿Qué es un FoCo?

El Formador Colegial o FoCo, es una figura innovadora y fundamental en el proceso de implantación de SPF en la farmacia comunitaria. Es el “facilitador para el cambio de la práctica”, es un profesional de la salud que traduce la investigación en práctica, facilitando el cambio mediante la construcción de relaciones entre profesionales sanitarios, proveyendo apoyo, analizando áreas de cambio y promoviendo estrategias para incorporar la evidencia científica a la práctica diaria. Se trata de un farmacéutico contratado por el COF, con espacio físico de trabajo dentro de éste, jornada laboral completa y horario flexible para asistir in-situ a los farmacéuticos comunitarios. Además dispone de un sistema protocolizado de identificación de barreras/facilitadores para analizar la situación de cada farmacia y farmacéutico de forma individualizada. Así 13 FoCo están trabajando en conSIGUE implantación desde Enero 2014 hasta Octubre 2015, visitando cada farmacia mensualmente y facilitando el cambio de la práctica a una media de 16 farmacéuticos por FoCo en 10-13 farmacias por COF. Además imparten sesiones de formación a los

farmacéuticos implicados y a nuevos farmacéuticos proveedores, incluyendo la utilización del servicio de SFT de BOT PLUS 2.0, con una media de siete talleres prácticos en cada COF.

Resultados preliminares

En los COF de Navarra (piloto de 3 meses), Albacete, Ciudad Real, Guipúzcoa, y Valencia se han finalizado los quince meses de estudio principal contando con la participación de 12 farmacias, 19 farmacéuticos y 73 pacientes en el piloto y 46 farmacias, 59 farmacéuticos y 355 pacientes, en los otros cuatro COF.

En los COF de A Coruña, Canarias, Córdoba, Granada, Guadalajara y Huelva han finalizado los 12 meses de trabajo de campo participando 79 farmacias, 127 farmacéuticos y 480 pacientes.

En este momento sólo se han podido procesar los datos de pacientes del COF de Guipúzcoa con los siguientes resultados preliminares:

- 12 farmacias y 94 pacientes
- Una reducción en el número de medicamentos en un 33,3% de los pacientes
- Una reducción significativa en el porcentaje de problemas de salud no controlados (media= - 0,61; DE= 1,3)
- Una reducción en la proporción de pacientes que acudieron a urgencias: 21,3% al inicio y 7,9% a los 6 meses (no estadísticamente significativo)
- Una mejora significativa de la calidad de vida percibida por el paciente con un incremento de 4,58 puntos de media

Publicaciones

Como fruto de este trabajo, se han publicado varios estudios en revistas nacionales e internacionales³⁻⁷. Gracias a ellos la difusión de este Programa llega a todos los profesionales implicados en la innovación y la evolución de la Farmacia hacia los SPF, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario en colaboración con otros profesionales de la salud. Con estos datos se abre un futuro esperanzador para los SPF remunerados en la farmacia comunitaria española.

Bibliografía

1. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-691-1243-4.
2. Medida del impacto Clínico, Económico y Humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedcados, en la farmacia comunitaria española. conSIGUE Impacto. 1º Edición. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN: 978-84-87276-83-5.
3. Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, López del Amo MP, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia Garralda MA, García-Cárdenas V, Daniel Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-Up Service for Older Adults with Polypharmacy in

Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *PharmacoEconomics*. 2015;33(6):599-610.

4. Pérez-Escamilla B, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Varas R, Sáez-Benito L, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Percepción de los formadores colegiales sobre el futuro profesional de esta nueva figura laboral en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):81-88.
5. Moullin JC et al. Development of a theoretically based implementation protocol. *BMC Health Services Research* 2014, 14(Suppl2): P83.
6. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Benrimoj SI. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*; 2015. [Epub ahead of print].
7. Sáez-Benito L, Fernandez-Llimos F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing*. 2013 Jul;42(4):442-9. doi: 10.1093/ageing/aft045. Epub 2013 May 14.

Estudio MEPAFAC. MEDida de la Presión Arterial y educación sanitaria en factores de riesgo cardiovascular en centros escolares desde la FARMacia Comunitaria

Martín Oliveros A, Cervero Jiménez M, Magro Horcajada MC, Mateos Lardiés A, Molinero Crespo AM, Partearroyo Cediel T*

**en nombre del grupo de trabajo participante en el proyecto MEPAFAC Nacional*

Adela Martín Oliveros. Farmacéutica Comunitaria, Boadilla del Monte (Madrid). Vocal de la Junta directiva nacional, Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores riesgo cardiovascular (FRCV) modificables que desempeñan un papel primordial en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares (ECV), principal causa de mortalidad en España. Obesidad, sedentarismo, alimentación y tabaco son factores asociados también modificables.

Existe poca información en nuestro país sobre población infanto-juvenil, se sabe que modificar hábitos es factible hasta la adolescencia y que una presión arterial (PA) elevada en la niñez frecuentemente da un adulto hipertenso. El farmacéutico comunitario (FC) puede ejercer de educador en salud pública para promover estilos de vida saludable en este colectivo de adolescentes tanto desde la farmacia, como acercándose a los centros escolares.

El estudio, proyecto ganador de la V Beca STADA-SEFAC para la investigación en atención farmacéutica (SEFAC 2014), se plantea como continuación del realizado por FC en centros escolares -MEPAFAC I-, que incluyó 2772 alumnos en la Comunidad de Madrid en el curso escolar 2011/2012 y tiene como objetivos:

Aportar los valores de PA en adolescentes (12-17 años) en el territorio nacional, utilizando aparatos oscilométricos automáticos.

IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Toledo 2015

Identificar los FRCV.

Determinar/comparar la prevalencia de sobrepeso/obesidad, mediante la determinación del IMC con los niveles de PA, aplicando diferentes criterios de referencia.

Obtener mediante realización de cuestionarios validados, datos actualizados sobre hábitos alimentarios y nivel de actividad física/comportamiento sedentario de esta población.

Aprovechar la labor del farmacéutico como educador en salud pública para promover estilos de vida saludable en el colectivo de adolescentes (actuación preventiva y educativa).

Utilizar las nuevas tecnologías como vía de comunicación farmacéutico-adolescentes.

Material y métodos

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en adolescentes llevado a cabo en centros educativos, entre 2014 y 2015 en 8 Comunidades Autónomas, seleccionados a partir de los distritos educativos/conglomerados, teniendo en cuenta variables demográficas, socioculturales y socio laborales a nivel nacional.

Tamaño muestral: Se estima en un mínimo de 6400 adolescentes (INE 2004).

VARIABLES del estudio: edad, sexo, peso, talla, contorno de cintura y presión arterial, hábitos alimentarios, actividad física/vida sedentaria.

Población diana: adolescentes de 12 a 17 años, con exclusión de diagnosticados de enfermedad cardiaca o renal.

Factores de riesgo Cardiovascular	Referencias	Farmacéuticos/Aparataje
Presión Arterial	Consenso Europeo (<i>Lurbe, 2009</i>)	Entrenados/ Validados
Obesidad	Consenso SEEDO IMC, talla, contorno cintura	Entrenados/Homologados
Hábitos Alimentarios	Encuesta EnKid	Validada
Sedentarismo/Actividad Física	IPAQ-A	Validada

Se sigue la metodología del Estudio MEPAFAC I en cuanto al entrenamiento previo de los investigadores para la medida de PA, peso y talla y el protocolo de actuación definido en dicho estudio, tal como se puede ver en las siguientes figuras.



El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS 18.0 para Windows.

Resultados

Hasta la fecha en esta segunda fase se han incluido 11.250 adolescentes y 225 farmacéuticos pertenecientes a las Comunidades Autónomas de Aragón, Baleares, Canarias, Valencia, Cataluña, Andalucía, Galicia y Murcia. Se presentan datos preliminares de las cuatro primeras comunidades (7.512 alumnos de 57 centros educativos situados en 25 ciudades y con la participación de 136 farmacéuticos) y de la fase piloto llevada a cabo en la Comunidad de Madrid (CAM) en el que participaron 2772 alumnos (50,4% hombres y 49,6% mujeres), pertenecientes a 25 centros educativos (12 públicos y 13 privados-concertados) vinculados a los 8 conglomerados definidos por la CAM que tienen en cuenta variables demográficas, socioculturales y sociolaborales.

Resultados Fase Piloto: El 83,2% (50,5% hombres y 49,5% mujeres) y el 89,7% (50,6% hombres y 49,4% mujeres) de los adolescentes se encuentran en PAp sistólica <90 y PAp diastólica <90 respectivamente (normotensos). La probabilidad de PA elevada en adolescentes con sobrecarga ponderal fue de OR: 3,35 con un IC95% (2,71-4,13).

	PAS	PAS	PAS	PAD	PAD	PAD
	Normotenso	Prehipertenso	Hipertenso	Normotenso	Prehipertenso	Hipertenso
	<P90 (%)	P90-95 (%)	>P95 (%)	<P90 (%)	P90-95 (%)	>P95 (%)
Niños*	50,5%	47,3%	52,6%	50,6%	44,6%	54,9%
Niñas*	49,5%	52,7%	47,4%	49,4%	55,4%	45,1%
Ambos Sexos	83,2%	8,7%	8,2%	89,7%	6,3%	4%

* Porcentaje de niños incluidos por sexo

En cuanto al Índice Masa Corporal percentilado (IMCp) (IOTF) un 24 % de los adolescentes se encuentran en sobrepeso y un 4,5% en obesidad, siendo este último porcentaje mayor en colegios públicos que en privados-concertados, observándose una tendencia a la obesidad en los públicos (5,1% vs 4%) (p=0,03).

Se recibieron 72 consultas en la cuenta @educaadolescentes sobre factores de riesgo cardiovascular explicados en los materiales educativos creados para el proyecto.

Conclusiones

El alto número de registros de PA obtenidos por método oscilométrico podrá contribuir a consensuar valores de referencia de PA en adolescentes.

Dado que un porcentaje de la muestra no despreciable presenta valores de pPA≥90, observándose que es frecuente que a mayor IMCp mayor PAp, la educación en hábitos de vida saludable es imprescindible para evitar enfermedades vasculares en un futuro.

El farmacéutico comunitario es un agente de salud clave para promover hábitos higiénico-dietéticos que contribuyan a una disminución de los factores de riesgo cardiovascular modificables.

Estudio ASPIRA. Intervención del farmacéutico sobre la adherencia y conocimiento de uso en pacientes asmáticos que inician el tratamiento con inhaladores

Carmen Megía Arias

Departamento de servicios asistenciales, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

ASPIRA es la primera acción que se realizó dentro de HazFarma, el proyecto impulsado por el Consejo General de Colegios Oficiales en colaboración con laboratorios Cinfa, con el objetivo de ofrecer las claves para el desarrollo de Servicios Farmacéuticos Profesionales en la Farmacia Comunitaria.

La primera propuesta de HazFarma, Aspira, se centró en los aspectos prácticos de interés para el Servicio de Dispensación de un tratamiento de inicio con inhaladores al paciente asmático. Su principal objetivo fue formar al farmacéutico en el abordaje terapéutico del paciente con asma, que inicia tratamiento con inhaladores y valorar su intervención en términos cualitativos y cuantitativos.

Esta primera acción estuvo constituida por dos fases:

- **Formativa:** que incluyó diferentes materiales con el objetivo de formar al farmacéutico sobre diferentes aspectos del abordaje terapéutico del paciente asmático siguiendo el protocolo de Dispensación de Inicio de Foro de AF-FC.
- **Estudio epidemiológico observacional prospectivo** en pacientes adultos que inician tratamiento para el asma. En esta ocasión, se presentan los resultados del estudio llevado a cabo dentro de la acción ASPIRA. Como se ha expuesto más arriba, se trató de un estudio observacional, descriptivo y multicéntrico en el que se evaluó la adherencia de los pacientes asmáticos que iniciaban tratamiento con inhaladores, a través de la valoración del grado de conocimiento y del grado de cumplimiento de dicho tratamiento, tras la intervención del farmacéutico, y de cómo esto va a influir en su calidad de vida.

El estudio se realizó en 149 Farmacias Comunitarias de todo el territorio nacional español. La inclusión de pacientes por parte de las Farmacias Comunitarias se realizó desde el inicio de la acción en noviembre de 2014 hasta el 15 de febrero de 2015, y el desarrollo del seguimiento durante los meses siguientes hasta el 15 de mayo de 2015.

Dentro de los objetivos principales del estudio se encontraban:

- Valoración de la intervención del farmacéutico mediante el análisis del protocolo de actuación del Servicio de Dispensación y el análisis de otros conceptos como: adherencia a los tratamientos, costes sanitarios evitados, tiempo empleado en la visita, etc.
- Valoración de la calidad de vida del paciente (euroQOL).

Otros objetivos secundarios fueron: formar al farmacéutico en el abordaje terapéutico del paciente con asma, determinar el grado de cumplimiento y de conocimiento que tiene el paciente asmático que inicia tratamiento con

inhaladores y que acude a la Farmacia Comunitaria para una Dispensación de Inicio de su tratamiento, identificar posibles PRM y/o RNM relacionados con la adherencia y falta de conocimiento, etc.

El estudio incluyó a 832 se usuarios de Farmacia Comunitaria que acudieron para la Dispensación de Inicio con receta médica, de un tratamiento con inhaladores para el asma. Los criterios de inclusión-exclusión fueron:

Criterios de inclusión:

- Paciente asmático que inicia tratamiento con inhaladores para el asma.
- Hombres y mujeres mayores de 18 años hasta las 75 años de edad.
- Que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Hombres y mujeres menores de 18 años y/o mayores de 75 años.
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.-Que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes que continúen o retomen el tratamiento para el asma.
- Aquellos pacientes que presenten condiciones para la no dispensación.
- Pacientes con otras patologías asociadas que puedan suponer dificultades para la intervención y seguimiento (encamados, seniles, etc.)

En función de los criterios anteriores se reclutaron un total de 832 pacientes a los cuales se les realizó un seguimiento durante 3 meses. Cada paciente reclutado realizó un total de tres visitas: una visita inicial (V1), una segunda visita al mes y medio (V2) y una tercera visita final (V3) a los tres meses después de haber sido incluido en el estudio. En cada visita, se realizaron distintos cuestionarios encaminados a valorar los objetivos del estudio.

Los datos para cada paciente se registraron en un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) alojado en la plataforma de formación del CGCOF alojada en www.portalfarma.com. Con el fin de valorar la intervención del farmacéutico con respecto a los objetivos propuestos, se incluyeron diferentes materiales y cuestionarios para realizar a cada paciente agrupados por visita:

- Compromiso del investigador y Consentimiento Informado.
- Ficha farmacoterapéutica: en la misma se recogieron los datos básicos demográficos, si el paciente presentaba o no pluripatología, si era o no polimedcado y el tratamiento con inhaladores para el asma además de otros medicamentos que pueda tomar el paciente.
- Test de cumplimiento del tratamiento: para determinar si el paciente cumplía o no con el tratamiento se realizó el test de Morisky-Green.
- Cuestionario sobre el conocimiento de la técnica de inhalación: en este cuestionario se recogió si el paciente realizaba de forma correcta/incorrecta los diferentes pasos necesarios para una correcta administración de su tratamiento.

- Cuestionario de evaluación del control del asma (ACT): breve cuestionario que permite una evaluación del grado de control del asma.
- Test de conocimiento del tratamiento: este cuestionario determina el grado de conocimiento del paciente sobre su tratamiento.
- Test de calidad de vida: la evaluación de la calidad de vida se realizó mediante el test EuroQoL 5D 3P. Este test incluye un breve cuestionario y una escala EVA (Escala Visual Analógica) que mide la percepción subjetiva del paciente sobre su calidad de vida.
- Cuestionario de resultados de salud: este cuestionario recogió el número de exacerbaciones, visitas al médico o a Urgencias, hospitalizaciones y el uso de medicación de rescate para evaluar el grado de control de las crisis.
- Hoja de evaluación: en ella se registraron los cambios que el paciente tuviese en cuanto a medicación y/o patologías.
- PRM/RNM e intervención del farmacéutico: en este cuestionario se identificaron posibles PRM/RNM y la intervención requerida.
- Cuestionario de satisfacción del paciente.
- Hoja fin de estudio.

Actualmente, se está procediendo al análisis de los datos recibido. A continuación se exponen los resultados preliminares del mismo:

- De los 832 pacientes reclutados en el estudio, la mediana de edad fue de 54 años, siendo mujeres el 48,7% frente al 51,3% de hombres. Un 26,7% presentaron más de tres enfermedades y un 26,3% tomaba más de 5 medicamentos.
- El tratamiento frente al asma más utilizado fue la combinación de CI/LABA (corticoides inhalados/agonistas beta-adrenérgicos de acción prolongada) en un 55,1% de los pacientes, seguido por anticolinérgicos y LABA (11,3 % y 11 % respectivamente). El 70% de los pacientes utilizaron inhaladores de polvo seco.
- El tiempo medio empleado en las visitas fue de alrededor de 30 minutos en cada una, siendo específicamente de 30,1 min en la V1, de 22,9 min en la V2 y de 24 min en la V3.
- Entre la V1 y la V3, en cuanto al conocimiento de la medicación, se observó un incremento de los pacientes con respuestas correctas y completas en todos los ítems del cuestionario de entre el 11% y el 36,5%. De igual forma, se observó un incremento significativo en todos los ítems del cuestionario sobre la técnica de inhalación, llegando a utilizar de forma correcta el inhalador en alrededor el 90% de los casos después de la intervención del farmacéutico.
- En relación al cumplimiento, se observó un aumento relativo mayor del 30% entre las V2 y V3. De igual forma, se registró una mejoría en los ítems relativos al control del asma, observándose mejor control del mismo a lo largo de las visitas.
- En cuanto al cuestionario de calidad de vida, también se registró mejoría en todos los ítems, observándose un incremento de 8,6 puntos en la escala EVA entre la visita inicial y final.

- En cuanto a los PRM detectados, los más frecuentes fueron los de incumplimiento (20,8% en la V2 vs. al 10,4% en la V3) y administración errónea (13,8% en la V2 vs. 5% en la V3). Mientras que el RNM más frecuente fue el de una ineffectividad cuantitativa (7,1% en la V2 vs. 4,5% en la V3). Las intervenciones propuestas con mayor frecuencia fueron IPM (28,7% en la V2) y educación sanitaria (27,9% en la V2) y el resultado principal fue la mejoría en el 60% de los pacientes.
- Con respecto al cuestionario de evaluación, más del 90% de los pacientes consideraron que la explicación del farmacéutico les ayudó mucho o bastante a mejorar su técnica de inhalación y el mismo porcentaje consideró que la intervención del farmacéutico les ayudó al control global del asma.

Como conclusiones podemos decir que la intervención del farmacéutico ha sido eficaz en mejorar el conocimiento de la medicación y de la técnica de inhalación, así como a aumentar el cumplimiento de los tratamientos de inicio del asma. Además esta intervención mostró beneficios en cuanto a la mejora del control del asma, la reducción de las exacerbaciones y el uso de la medicación de rescate, la reducción de las visitas al médico y la mejora de la calidad de vida.

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA

LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS COMO INSTRUMENTO DE SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

Contribución de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales a la sostenibilidad del Sistema.

Miguel Ángel Gastelurrutia

Farmacéutico Comunitario, San Sebastián.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care.

Introducción

El envejecimiento de la población, que se traduce entre otros grandes problemas en el aumento de pacientes crónicos polimedcados y en el aumento de personas dependientes, está originando un cambio de paradigma en los sistemas sanitarios. La estructura sanitaria estaba pensada para la atención de pacientes crónicos y debido a estas nuevas tendencias, en la actualidad se debe adaptar al cuidado de pacientes crónicos y/o dependientes. Por tanto, el envejecimiento de la población supone un verdadero desafío a las estructuras sociales y sanitarias de los países occidentales. Para su abordaje integral es preciso contar con todos los recursos disponibles de manera que se realice una actuación coordinada e integrada, promoviendo siempre la intervención de los agentes de menor complejidad en cada momento.

El farmacéutico comunitario es un agente de salud que ejerce en el entorno de la atención primaria, inmerso en su comunidad, con una gran accesibilidad, cuyo rol está orientado al mundo de la salud, al entorno social y al socio-sanitario. Su función primordial es atender a los pacientes que utilizan medicamentos y a realizar, de manera transversal con el resto de agentes de salud, actividades de salud pública. Todo ello lo materializa mediante la provisión de diferentes Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA).

Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria acaba de definir dichos servicios como aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos().

Existen ya desarrollados muchos SPFA con diferentes objetivos y grados de complejidad (Tabla 1)¹. En España los más interesantes por su presente o futuro son los tres ya definidos y protocolizados por Foro de Atención Far-

macéutica (Dispensación, IF y SFT)² y otros muy utilizados como la provisión de información o la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También, algunos que precisan un desarrollo ulterior, más complejo, como los cribados, la conciliación o los servicios de adherencia terapéutica.

Modelo jerárquico de los servicios profesionales farmacéuticos.	
01.	Información del medicamento
02.	Cumplimiento, Adherencia y/o Concordancia
03.	Despistaje de enfermedades (<i>screening</i> o detección de enfermedades ocultas)
04.	Prevención de enfermedades
05.	Intervenciones clínicas o identificación y resolución de PRM
06.	Revisiones de la utilización de medicamentos
07.	Gestión de la medicación (<i>Medication management / medication therapy management</i>)
	a. Revisión de la medicación en el domicilio
	b. Revisión de la medicación en centros sociosanitarios
	c. Revisión de la medicación con seguimiento continuado / Seguimiento farmacoterapéutico
08.	Gestión de la enfermedad para patologías crónicas (<i>Disease state management for chronic conditions</i>)
09.	Participación en decisiones terapéuticas con otros profesionales de la salud
	a. En entornos clínicos
	b. En la farmacia
10.	Prescripción farmacéutica
	a. Suplementaria (complementaria ó dependiente)
	b. Independiente

Benrimoj SJ et al. Ars Pharm, 2010

Tabla 1. Modelo jerárquico de los servicios profesionales farmacéuticos.

Todos ellos contribuyen a mejorar resultados clínicos económicos y humanísticos, siendo a la vez coste-efectivos, y por tanto, son servicios que deberían incorporarse a las diferentes

¹ Consenso alcanzado en la reunión de Foro de AF-FC celebrada el día 14 de septiembre de 2015

carteras o catálogos de servicios para que el farmacéutico continúe integrándose funcionalmente en los equipos de salud y su trabajo contribuya a abordar la problemática citada anteriormente.

En España, en la actualidad, los SPFA no constituyen una alternativa real para la Farmacia Comunitaria entre otras cosas porque, de manera general, no están remunerados y ninguna actividad económica (trabajo, profesión, servicio,...) es sostenible si no genera una rentabilidad. De hecho, el conjunto de los ingresos generados por estos servicios sigue siendo “testimonial” en la cuenta de resultados de las farmacias.

Desde el siglo XIX, como consecuencia de la revolución industrial los ingresos de la Farmacia se generan en la dispensación de medicamentos y productos sanitarios. En los últimos años los beneficios derivados de la dispensación,

tanto en España como a nivel internacional, están disminuyendo de una manera muy significativa como consecuencia de las diferentes medidas que los distintos gobiernos están tomando para reducir gastos. Incluso la OMS y la FIP en un reciente informe han advertido ya a la profesión de que no existe un futuro basado exclusivamente en la dispensación³. En dicho informe se plantea como opción de futuro para la farmacia la incorporación y provisión de SPFA remunerados que generen suficiente rentabilidad⁽³⁾. Parece por tanto, urgente implantar servicios remunerados que permitan complementar los decrecientes ingresos de las farmacias, sin olvidar que se trata de servicios altamente eficientes desde un punto de vista clínico, económico y humanístico.

Seguimiento Farmacoterapéutico.

En este entorno, como caso práctico, se va a profundizar en el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) ya que se trata de un servicio que aborda una necesidad no resuelta (la morbi-mortalidad relacionada con la utilización de medicamentos), es uno de los tres servicios consensuados a nivel nacional y el farmacéutico además de por su accesibilidad es el profesional más preparado para su provisión.

Se trata de un servicio nuevo, diferente, orientado a evaluar y mejorar los resultados de la farmacoterapia, que supone esfuerzo, tiempo y asunción de responsabilidades, colaboración de otros agentes de salud y que sólo será sostenible cuando sea un servicio remunerado que genere una rentabilidad, tanto a quien lo realiza como a quien lo paga. En la actualidad hay suficiente evidencia científica para afirmar que se trata de un servicio que mejora los resultados clínicos, económicos y humanísticos. De una manera específica, se han analizado los resultados farmacoeconómicos de los SPFA y también se puede afirmar que son coste-efectivos generando ahorros y beneficios al sistema sanitario.

Programa conSIGUE Impacto. Ejemplo práctico

El programa conSIGUE pretende evaluar el impacto del SFT sobre resultados clínicos económicos y humanísticos en personas mayores polimedicadas (Fase conSIGUE Impacto), así como desarrollar un modelo de implantación de servicios utilizando el SFT como ejemplo (Fase conSIGUE Implantación).

En conSIGUE Impacto participaron 178 farmacias, 250 farmacéuticos y 1403 pacientes, durante 6 meses. Al inicio del estudio un 25% de los problemas de salud no estaban controlados y al final se consiguió una reducción significativa del 56% de dichos problemas de salud no controlados, una reducción significativa en el porcentaje de pacientes que refirieron haber acudido a los servicios de urgencias (49%) y en las hospitalizaciones (55%), a la vez que una mejora significativa de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente⁴.

De los estudios de coste-utilidad⁵ y coste-beneficio() realizados, se puede estimar que si la farmacia percibiese 22 euros mensuales por cada paciente en SFT, los ahorros para el sistema nacional de salud ascenderían a 273 euros por paciente y año, a la vez que por cada euro invertido en el SFT se obtendría un beneficio que se encuentra entre

los 3,12 y los 4,53 € (media = 3,825€).

A partir de estos datos se pueden realizar extrapolaciones. Si una farmacia realiza SFT a 180 pacientes, a 22€/paciente/mes, recibiría unos ingresos de 3.960€/mes. En esta situación la administración conseguiría unos ahorros de 49.150€ (180x273) y se generarían unos beneficios de 15.147€ (22x180x3,825).

En la tabla 2 se muestran datos de ahorro y beneficio extrapolados de los datos anteriores con valores entre 1.000 y 20.000 farmacias realizando SFT remunerado.

# Farmacias con 180 ptes en SFT	Pacientes atendidos	Ahorros	Beneficio
1.000	180.000	49M €	15,1M €
2.000	360.000	98M €	30,2M €
10.000	1.800.000	490M €	151,0M €
20.000	3.600.000	980M €	302,0M €

Tabla 2. Cálculos de ahorros y beneficio para la entidad pagadora en el caso de que se paguen 22 € por paciente y mes a las farmacias proveedoras de SFT.

Conclusiones

1. Hay suficiente evidencia nacional e internacional de que el SFT genera beneficios clínicos, económicos y humanísticos.
2. Los estudios de Farmacoeconomía realizados (Coste-Utilidad y Coste-Beneficio) demuestran que se trata de un servicio eficiente que genera ahorros y beneficios al sistema sanitario.
3. No se entiende bien por qué, una tecnología sanitaria que genera tantos “beneficios” no es utilizada, al menos probada, por los gestores sanitarios (administración sanitaria).
4. Hay muchas otras tecnologías que se utilizan en la práctica con mucha menos evidencia. (incluidos algunos medicamentos)

Bibliografía

1. Benrimoj SI, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martinez-Martinez F, Faus MJ. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*, 2010, 51(2); 69-88
2. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero de 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.
3. Wiedenmayer K, Summers RS, Macjic CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care. The Hague: Ed. WHO and FIP; 2006

4. Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus M, García-Cardenas V, Gastelurrutia MA, Jodar F, Martín Martín JJ, Noain MA, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Varas R, Benrimoj SI. conSIGUE Impacto. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedidos, en la farmacia comunitaria española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014 (acceso Feb 2015) ISBN: 9788487276835. <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/992/V2-Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>.
5. Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, Puerto M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *PharmacoEconomics* 2015; DOI 10.1007/s40273-015-0270-2

²Malet-Larrea A, et al. (Publicación en revisión, no publicada).

“Farmacéuticos aliados en salud”

Ignacio Romeo Granados

Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha

1. Antecedentes

La evidencia científica sobre la utilidad de la atención farmacéutica está reconocida a nivel internacional desde hace años. En el año 2010, una revisión Cochrane de 43 estudios concluyó que el papel asistencial del farmacéutico tiene un efecto favorable sobre el proceso de atención sanitaria y los resultados clínicos. Tres años más tarde, se añadieron a esta revisión otros 13 estudios, poniéndose de manifiesto que los servicios profesionales farmacéuticos pueden mejorar significativamente resultados clínicos como la presión arterial o los niveles de glucosa y colesterol. Asimismo, estos servicios mejoran la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Y el resultado de este nivel de atención es que se reduce el uso de los servicios sanitarios, como las visitas al centro de salud, y las hospitalizaciones. En el año 2014, una revisión sistemática unida a un meta-análisis de 39 ensayos clínicos sobre 14.224 pacientes, concluyó que la intervención farmacéutica mejora el control del riesgo cardiovascular y reduce significativamente la presión arterial.

- En España ya se han realizado estudios de gran envergadura, los cuales han corroborado el impacto favorable de la Atención Farmacéutica en diferentes grupos de pacientes:
- Estudio TOMCOR, en pacientes que han sufrido episodios coronarios agudos.
- Estudios sobre HTA, como PRESSFARM, AFenPA y EMDADER.
- Estudios sobre diabetes, como Fornos et al
- Estudios sobre el asma, como ASMA-ENS y AFASMA.
- Estudios sobre polimedidos, como conSIGUE.

- Todos los estudios que se están exponiendo en este congreso: ASPIRA, AFPRES, MEPAFAC, ADTRALIP,

ADHIÉRETE (la intervención del farmacéutico incrementa del 35% al 75% la adherencia a los tratamientos de los pacientes mayores, crónicos y polimedcados, mejorando la calidad de vida y reduciendo los PRM), etc.

Los servicios de prevención y cribado para cáncer y SIDA en Cataluña y País Vasco, también aportan otras evidencias de la utilidad de los servicios profesionales farmacéuticos en la prevención de enfermedades.

Por acercarnos a nuestra Comunidad, el estudio controlado AFPRES sobre efectividad de un programa de atención farmacéutica comunitaria en pacientes con HTA, presentado en el Congreso de Toledo, se ha realizado en 63 farmacias de la región con 319 pacientes. Se ha valorado el impacto del servicio de seguimiento farmacoterapéutico ofrecido durante el primer semestre de 2015, acompañado de revisión de la adherencia y el uso adecuado de los medicamentos, y educación sobre hábitos saludables. Estas actuaciones, en coordinación con el equipo sanitario, han permitido obtener unos beneficios que deben ser valorados por la Administración, como un aumento significativo del porcentaje de pacientes controlados, y una disminución significativa de la frecuentación a urgencias y MAP. Castilla La Mancha ha participado en el proyecto conSIGUE implantación, que se ha desarrollado en 11 provincias españolas, incluyendo Albacete, Ciudad Real y Guadalajara.

En cuanto a los resultados del estudio conSIGUE Impacto, realizado por 250 farmacéuticos con 1403 pacientes polimedcados, concluye que el seguimiento farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria:

- Mejora significativamente la calidad de vida (EuroQol)
- Disminuye en un 56% los problemas de salud no controlados
- Disminuye en un 49% la frecuentación a urgencias
- Disminuye en un 55% las hospitalizaciones
- Es un servicio Coste- Efectivo: genera beneficios altos con costes muy bajos, como demuestra el análisis farmacoeconómico, recientemente publicado en PharmacoEconomics.

Hasta aquí he intentado plasmar, de forma muy esquemática, toda la evidencia científica existente, que demuestra que los servicios farmacéuticos profesionales, no sólo son efectivos, sino que también son eficientes para la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

2. ¿Qué aporta la Farmacia Comunitaria en cronicidad?

- Una red asistencial de 21.854 farmacias, repartidas por toda la geografía española, con más de 2.000 farmacias ubicadas en poblaciones de menos de 1.000 habitantes.
- Farmacias comunitarias plenamente adaptadas a las nuevas tecnologías, con un despliegue de receta electrónica que en breve será total a nivel nacional, siendo actualmente del 100% en Castilla La Mancha, con más de un

80% de prescripciones a través de receta electrónica.

- Farmaceuticos comunitarios con formación muy cualificada para ofrecer distintos servicios profesionales farmacéuticos a la población.
- Aportamos educación sanitaria en nuestro entorno de influencia, a través de las múltiples campañas que se realizan tanto a nivel del Consejo General, como de los Consejos Autonómicos y desde los propios colegios provinciales.
- Colaboramos activamente en fomentar la adherencia a los tratamientos, así como el uso adecuado de los medicamentos.
- Somos especialistas de todo lo que rodea al medicamento y este conocimiento puede y debe estar compartido con el resto de profesionales sanitarios.
- Conocemos de primera mano el historial farmacoterapéutico de medicamentos y otros productos sanitarios no sujetos a prescripción, así como aquellos medicamentos prescritos en medicina privada. Esta información debería fusionarse con la información de los medicamentos de prescripción, lo que redundaría en disponer de un historial farmacoterapéutico completo del paciente.

3. ¿Que necesita la farmacia comunitaria para poder contribuir en cronicidad a la sostenibilidad del sistema?

Hoy día, la farmacia comunitaria, ¿está dentro del sistema sin ser parte del mismo, o es parte del sistema, sin estar dentro?. En países como Inglaterra o Estados Unidos, los servicios profesionales farmacéuticos están plenamente normalizados e integrados en el sistema sanitario, como he podido comprobar recientemente en conversaciones con compañeros que trabajan en estos países. Nuestro sistema sanitario no tiene mucho que envidiarles en general, aunque en la integración del farmacéutico en su estructura sanitaria, nos llevan cierta delantera.

Para poder desarrollar un buen papel en cronicidad, la farmacia necesita:

- Acceso a los datos clínicos básicos de los pacientes. No podemos estar “mendigando” datos a los propios pacientes, cuando hoy día está perfectamente delimitado quién accede y cómo a determinada información (LOPD, Agencia Española de protección de datos, registro de accesos, etc.). Somos profesionales del medicamento y necesitamos, como cualquier otro profesional de la salud, ciertos datos básicos para poder desarrollar nuestra labor (problemas de salud, alergias, resultados de pruebas analíticas, ingresos hospitalarios, etc.). Agustín Rivero, Director General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, consideró recientemente una idea adecuada que la farmacia tenga acceso a la historia clínica de los pacientes. En parecidos términos se expresaron Miguel Ángel Calleja (Vicepresidente de SEFH), Dolores Murillo (Vicepresidenta de SEFAC), e incluso los representantes de médicos (OMC) y farmacéuticos (CGCOF) nacionales se comprometieron hace poco a compartir historia clínica y todas las dispensaciones.
- Necesitamos una integración plena en el equipo sanitario. Tenemos que impulsar una mayor coordinación con los farmacéuticos de hospital y atención primaria y normalizar la colaboración con otros profesionales sanita-

rios, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.

- Necesitamos que se nos tenga en cuenta en los planes y estrategias de cronicidad, junto con nuestros compañeros de farmacia hospitalaria. Es triste cuando observamos que se desarrollan estrategias en este sentido y se olvidan literalmente de la existencia de los farmacéuticos, independientemente de su ámbito de trabajo.
- Que se generalice la realización de cribados a través de las farmacias comunitarias, que ya han demostrado su eficiencia en varias comunidades autónomas.
- Que se asegure la interoperabilidad de la receta electrónica en todo el estado y ampliar el alcance incluyendo a la totalidad del sector público (SNS, mutualidades) y el ámbito privado, tanto a nivel estatal como europeo, para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza.
- Necesitamos una comunicación en receta electrónica más fluida con los médicos de atención primaria y especializada (MEDAFAR).
- Que se regule, tanto a nivel estatal como autonómico, la asistencia farmacéutica a los centros sociosanitarios, de manera que podamos ofrecer un servicio de calidad a estos pacientes.
- Que se regule la asistencia sanitaria a domicilio y, dentro de esta, la atención farmacéutica domiciliaria, puesto que está llamada a tener una importancia creciente, al igual que la asistencia a los centros sociosanitarios.
- Que todos aquellos servicios profesionales farmacéuticos ofrecidos desde la farmacia comunitaria, que colaboren en el sostenimiento del sistema sanitario, tengan su justa remuneración. Ya hemos padecido suficientemente recortes y medidas de contención del gasto farmacéutico, algunas de ellas todavía en vigor, sin aparente justificación. El pago por servicios es práctica habitual, sobre todo cuando estos servicios a su vez, repercuten en el ahorro.

Conclusión

El escenario de la cronicidad es muy complejo y debe ser abordado desde muchos puntos de vista. En el año 2011 la atención sanitaria a los enfermos crónicos costó el 75% del gasto sanitario público. (Unos 50.720 millones de €). Se prevé para el año 2020 que este gasto aumente en un 45%, si no se acometen cambios en la gestión sanitaria actual de la atención a los crónicos. La farmacia comunitaria está preparada para contribuir en el sostenimiento del sistema sanitario público, pero para ello es necesario que las administraciones públicas apuesten por nosotros y se decidan a dar el paso de integrarnos en el sistema sanitario. Un paso que beneficiará a todos, principalmente al objetivo y fin de la sanidad, el paciente.

Empezamos un nuevo camino en Castilla La Mancha y puedo asegurar que todos los farmacéuticos de la región estaremos encantados de trabajar conjuntamente con la Consejería de Sanidad.

¿Sería posible empezar conociendo qué pacientes son Pacientes Crónicos Complejos (PCC), mediante una alerta en receta electrónica?

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA

REMUNERACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Remuneración de servicios profesionales farmacéuticos. Remuneración vía pacientes

Ana López-Casero Beltrán

Farmacéutica.

Directora General de la Fundación Caja Rural Castilla-La Mancha y de su Instituto de Innovación y Competitividad.

En la introducción del inspirador libro “La Tierra es Plana” de Thomas Friedman se afirma que en los albores del año 2000, mientras todos estábamos durmiendo, y sin que nos diéramos cuenta, la Tierra se había aplanado. Lo que en sentido metafórico, Friedman quería decir es que la globalización y la hiperconectividad, actuando conjuntamente durante la década de 1990, habían aplanado el terreno de juego para todo nuestro planeta, de forma que personas de todo el mundo tenían a su disposición una red global que les permitiría intercambiar conocimiento, competir, colaborar y relacionarse a todos los niveles.

Con esta introducción, comienzo la exposición de un tema apasionante y de máxima actualidad para la profesión farmacéutica: la remuneración de servicios profesionales farmacéuticos por los pacientes. En mi intervención aportaré elementos de reflexión que permitirán una mirada distinta y una aproximación diferente a este tema con el objeto de que puedan servir de elemento de debate.

Partiendo de una definición del “mundo que viene” con las mega-tendencias globales que afectan ya hoy a todos los sectores, me enfocaré en las tendencias más específicas de salud. Posteriormente reflexionaré sobre la aportación de valor de la farmacia y del farmacéutico en este escenario y de los grandes avances que ya hoy la profesión farmacéutica ha realizado en este ámbito.

Posteriormente me enfocaré en los retos que tiene la farmacia comunitaria hoy y en un futuro próximo, muchos de los cuales ya están en marcha y que, en mi opinión, pasan por construir de forma generalizada una “nueva identidad del farmacéutico” en la sociedad española, en las Administraciones, en el resto de profesionales sanitarios e, incluso en los profesionales farmacéuticos. Esta nueva identidad será el marco social necesario para poder implantar con éxito y de forma más global el ejercicio de servicios profesionales innovadores y su remuneración vía paciente en un tiempo cercano.

Esta identidad que tiene su pilar central en la esencia íntima de la profesión farmacéutica: conseguir la salud del paciente a través del medicamento, requiere de una “fórmula magistral” más innovadora que ponga norte, ilusión, visión y mueva a la acción a todos los farmacéuticos dispuestos a protagonizar y abrazar un modelo de ejercicio profesional que, independientemente de los cambios socio-económicos, le permita tener una verdadera ventaja competitiva respecto a otros profesionales y otras formas de ejercicio.

Por último y centrándome en la cartera de servicios y en su remuneración como elemento importante para la sostenibilidad de los mismos, compartiré con los asistentes una visión del marketing de servicios sanitarios que nos permita avanzar en el diseño de un modelo de negocio sostenible y rentable para la implantación y remuneración de los servicios profesionales farmacéuticos por el paciente.

Detección de riesgo cardiovascular y Atención a pacientes crónicos complejos. Ejemplos de remuneración

Pilar Gascón Lecha

Secretaria del Consejo de Colegios Farmacéuticos de Cataluña.

Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care.

Hoy en día nadie cuestiona que los servicios profesionales farmacéuticos han de contar con una remuneración específica.

Cuando se iniciaron hace ya unos quince años las primeras experiencias de servicios desde farmacia comunitaria, diferenciados de la dispensación, lo primordial fue demostrar que el farmacéutico los podía realizar –probar el procedimiento- y que eran útiles para mejorar la salud de los pacientes –eran efectivos-. El análisis del coste-efectividad no era prioritario y quedó relegado para una segunda fase. Bajo estas circunstancias tal vez alguien pudo entender que esos servicios se prestaban o se podían prestar de manera altruista por parte del farmacéutico, y que la compensación recaía en la satisfacción profesional y personal, así como en la fidelización de los clientes. No cabe duda que en aquellos momentos este planteamiento fue el idóneo para dar a conocer y demostrar a la sociedad y a las administraciones sanitarias que el farmacéutico comunitario por conocimiento y accesibilidad, tiene mucho que aportar al sistema sanitario, tanto en el campo de la mejora de los resultados de la terapéutica que utilizan los pacientes como en el de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria.

Sin embargo nada más lejos de la realidad y de la eficiencia que el hecho de separar servicios y remuneración o contemplar servicios sin remuneración.

Todo servicio que preste el farmacéutico en la farmacia comunitaria ha de asegurar su continuidad y sostenibilidad y ambos aspectos son imposibles sin el correspondiente pago por su prestación.

En el momento que se define y describe el procedimiento de un nuevo servicio es imprescindible tener en cuenta el análisis de coste que comporta su realización.

En el análisis de costes se debe conocer con detalle los recursos necesarios a nivel de recursos humanos, materiales y de formación para su puesta en marcha. Pero también se deben calcular los costes que se generan en la farmacia para ofrecer ese nuevo servicio con continuidad. Tampoco se puede olvidar que la continuidad comporta registro permanente con indicadores definidos para poder evaluar tanto el valor añadido que proporciona el servicio directamente al paciente/usuario que lo recibe, como para el propio sistema sanitario.

Otra cuestión distinta es el precio que debe tener el nuevo servicio. Parece obvio que ha de ser suficiente para pagar los costes. Pero la siguiente premisa es que haya alguien que esté dispuesto a pagar ese precio que se asigne.

Los posibles pagadores se circunscriben al sistema nacional de salud, las mutuas privadas y el propio paciente. Estos posibles pagadores han de entender el nuevo servicio como lo suficientemente necesario para pagar por él. Por muy importante que los farmacéuticos visualicemos un servicio, la necesidad la marca el comprador.

En nuestro entorno tenemos ejemplos de servicios que se entendieron necesarios y útiles para los pacientes pero que ellos no percibieron de suficiente necesidad para pagar por ellos. ¿No se explicó bien la necesidad? ¿No se hizo un marketing adecuado del servicio? ¿El paciente no pagará nunca por ellos porque está acostumbrado a la gratuidad de los servicios sanitarios?

Cuando el servicio está concertado con el Sistema público (CatSalut) sigue un circuito consensuado entre Consell y Catsalut previo a la concertación, que comporta haber demostrado que el servicio es factible y obtiene mejora de resultados de salud. Así mismo implica ponerse de acuerdo en un precio del servicio que puede parecer insuficiente a quien lo presta y excesivo al pagador.

En estos momentos se está pilotando el Programa PCAF que pretende evaluar la efectividad y seguridad de la Atención Farmacéutica a pacientes crónicos complejos así como la eficiencia a razón del coste/efectividad y beneficio/coste de las intervenciones que realiza el farmacéutico. Si el estudio acaba demostrando la hipótesis planteada, se deberá pactar el precio del servicio para que sea suficiente para el farmacéutico que lo presta y pagable para el CatSalut.

El ejemplo del Servicio de Detección de Riesgo Cardiovascular, desarrollado por el Colegio de Barcelona y concertado de manera pionera por parte de una Mutua privada, es la constatación de que si el pagador identifica el servicio

como útil para sus clientes tal como ha demostrado el pilotaje, está dispuesto a pagar por él.

Como conclusión, los servicios farmacéuticos sólo serán sostenibles si son remunerados y sólo serán remunerados si quien debe pagarlos los considera necesarios en primera persona o para sus clientes.

Los farmacéuticos debemos dirigir los esfuerzos en la definición y protocolización de aquellos servicios que el pagador identifique como necesarios y/o ser capaces de convencer sobre la utilidad y necesidad.

Remuneración del seguimiento farmacoterapéutico

Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V

Victoria García Cárdenas

Profesora Asociada, Universidad Tecnológica de Sidney.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Introducción

La Atención Farmacéutica es una práctica profesional que se operacionaliza mediante la realización de servicios profesionales asistenciales. Dichos servicios deben ser “rentables” (a) para el proveedor de los mismos, en términos económicos y de satisfacción profesional, (b) para quien los recibe, en términos de salud o calidad de vida y (c) para quien los financia en términos de eficiencia, coste efectividad o coste beneficio.

Independientemente de quien financie un servicio, es importante que el proveedor del mismo alcance una rentabilidad suficiente. Sin rentabilidad un servicio no es sostenible en el tiempo y por tanto los potenciales receptores del mismo no se beneficiarán de sus hipotéticos resultados.

La financiación de los servicios puede venir de diferentes fuentes. En general, a priori, se piensa siempre en la Administración sanitaria como entidad pagadora natural de los servicios que se presten en las Farmacias Comunitarias. Sin embargo, y por diferentes motivos, en España a día de hoy son testimoniales los servicios profesionales remunerados por la Administración sanitaria. Hay otras administraciones como las administraciones locales (Diputaciones o Ayuntamientos) que también son un potencial financiador de los mismos. Otros agentes pagadores son el propio paciente, verdadero receptor de los beneficios que genera el servicio, compañías de seguros y la industria farmacéutica.

Los motivos que pueden impulsar a un posible financiador a remunerar la realización de un determinado servicio profesional son diversos. Desde un punto de vista teórico podrían remunerarse aquellos servicios que muestren un perfil farmacoeconómico adecuado. Sin embargo, en la práctica no siempre es así y en ocasiones se remuneran

servicios por motivos de oportunidad, motivos políticos, o de intereses mutuos, por ejemplo, para solucionar un problema.

En los casos en los que el paciente es quien paga por el servicio, está claro que debe evidenciarse un valor añadido entre la prestación que recibe y el precio que debe abonar de manera que le compense pagar el precio establecido. Esto ocurre en varios servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) como la medida de la presión arterial, la determinación de ciertos parámetros biológicos como la glucemia o el colesterol total, servicios como la deshabituación tabáquica, la medida del peso o la talla, o la elaboración de sistemas personalizados de dosificación (SPD), por citar algunos.

La importancia de la progresiva implantación de servicios profesionales remunerados viene dada por la evolución del rol del farmacéutico comunitario hacia el paciente que utiliza medicamentos y por la continuada disminución de los ingresos derivados del servicio de Dispensación que, por otra parte va a continuar. Incluso organizaciones como la OMS y la FIP señalan que no existe futuro en la Dispensación¹.

El problema para la farmacia comunitaria es que en la actualidad no existe una cartera de SPFA remunerados, que permita ofrecer un futuro ilusionante a aquellos farmacéuticos que creen en su rol de profesionales clínicos integrados funcionalmente en los equipos de salud que desean realizar una práctica asistencial en el entorno de la atención primaria.

Por todo ello, es importante diseñar y desarrollar nuevos SPFA que puedan ser remunerados para lo que es preciso calcular su precio. A la hora de calcular el precio de cualquier servicio es preciso tener en cuenta tres elementos: la inversión inicial que se debe realizar, el gasto de mantenimiento durante su provisión y el tiempo necesario para su realización. A todo ello es preciso añadir el margen de beneficio que se espera alcanzar para que el servicio sea rentable.

Cálculo del precio del servicio de seguimiento farmacoterapéutico

En el caso del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) se ha realizado un exhaustivo estudio de investigación, programa conSIGUE², para evaluar el impacto del servicio y diseñar y probar un modelo de implantación de servicios en general.

En la fase primera, conSIGUE-Impacto participaron 250 farmacéuticos y 1403 pacientes (715 Grupo comparación (51,0%) y 688 Grupo intervención (49,0%)), y se demostró que se trata de un servicio muy potente tanto desde un punto de vista clínico, como humanístico y farmacoeconómico³.

Además, se realizó un sub estudio para determinar un método para evaluar los costes y poder calcular el precio que se podría establecer para el servicio de SFT^{4,5} Primero se realizó un estudio cualitativo para establecer los distintos elementos que participaban en los costes del servicio y elaborar un cuestionario para su posterior evaluación⁴. Después, a una sub-muestra de 99 farmacias participantes con 502 pacientes, se les pasó el cuestionario obteniéndose 58 respuestas (tasa respuesta 59%)⁵.

De todo ello se concluyó que el tiempo empleado por paciente y año en la provisión del servicio de SFT en conSIGUE fue de 560 minutos/paciente, con una inversión inicial de 4.594€ y unos gastos de mantenimiento por farmacia y año de 3.069€.

Junto a estos valores hay dos elementos que intervienen en el costo: el número de pacientes a los que se provee el servicio (con unos gastos fijos determinados cuantos más pacientes menos costo por paciente) y el convenio colectivo que asigna el coste por minuto del farmacéutico adjunto. Si se aplica este último valor y se utilizan distintos números de pacientes (por ej. 60, 120, 180 y 240) se puede concluir que el precio por paciente y mes menor sería aquel en que se realiza el servicio de SFT a 240 pacientes y a los costes se le suma un margen de beneficio de un 10%. Por el contrario el valor más alto sería el de aquel farmacéutico que realiza el servicio de SFT a 60 pacientes y aplica un margen de beneficio del 40%.

A efectos prácticos, un valor medio sería el de un farmacéutico adjunto que realiza el servicio de SFT a 180 pacientes y aplica un 30% de margen de beneficio, lo que supone un precio de 26€ paciente y mes.

Además, del estudio farmacoeconómico realizado se estima un ahorro al sistema de 273€/paciente y año a la vez que por cada euro invertido se produce un beneficio entre 3,12 y 4,53€. Todo ello teniendo en cuenta que se remunera a la farmacia con 22€/paciente y mes.

De todo ello se deduce que el servicio de SFT es un servicio eficiente desde un punto de vista clínico, económico y humanístico. Además, los datos farmacoeconómicos son extremadamente potentes (el RCEI es Dominante, lo que significa que el servicio tiene un gasto asociado muy bajo y una efectividad muy alta^{2,3}), a la vez que genera ahorros y beneficios al posible pagador, incluso teniendo en cuenta la remuneración al profesional que provea el servicio.

Futuro

Sorprende que ante un problema de salud pública de la envergadura del generado por los resultados negativos asociados al uso de medicamentos y de una manera más concreta, ante el problema generado por la cronicidad que “parece” tiene gran importancia para las administraciones sanitarias, con los datos científicos que la farmacia pone sobre la mesa, a fecha de hoy ninguna administración haya dado el paso, siquiera, de probar si esta tecnología sanitaria

ria puede contribuir de una manera efectiva a la mejora de dichos problemas. Todos los datos afirman que sí lo hace. Cuál es el motivo por el que no se apuesta en ninguna Comunidad Autónoma por un servicio que mejora los problemas de salud no controlados, disminuye las urgencias y hospitalizaciones, mejora la calidad de vida de los pacientes, no aumenta el consumo de medicamentos y genera ahorros y beneficios al sistema^{2,3}, es una pregunta de difícil respuesta.

Datos no publicados.

Bibliografía

1. Wiedenmayer K, Summers RS, Macjje CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing a Pharmacy practice. A focus on patient care. The Hague: Ed. WHO and FIP; 2006
2. Martínez-Martínez F, Farragher T, Faus M, García-Cardenas V, Gastelurrutia MA, Jodar F, Martín Martín JJ, Noain MA, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Varas R, Benrimoj SI. conSIGUE Impacto. Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en mayores polimedicados, en la farmacia comunitaria española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014 (acceso Feb 2015) ISBN: 9788487276835. <http://www.pharmaceutical-care.org/archivos/992/V2-Resultados-Definitivos-Programa-Consigue-Impacto-2011-2014.pdf>.
3. Jódar-Sánchez F, Malet-Larrea A, Martín JJ, García-Mochón L, Puerto M, Martínez-Martínez F, Gastelurrutia MA, García-Cárdenas V, Sabater-Hernández D, Sáez-Benito L, Benrimoj SI. Cost-Utility Analysis of a Medication Review with Follow-up Service for Older Adults with Polypharmacy in Community Pharmacies in Spain: The conSIGUE Program. *PharmacoEconomics* 2015; DOI 10.1007/s40273-015-0270-2
4. Noain MA, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Identificación de los costes de la provisión sostenible del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp.* 2014; 16(5): 180 -192
5. Noain MA, Gastelurrutia MA, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Modelos de remuneración del servicio de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2015; 17(4):423-441