

# Ponencias y conferencias

## MESA 1

### Farmacias comunitarias y centros de salud, la coordinación es posible

#### Formación conjunta y normalización de la comunicación interprofesional

Rosa Pérez Esquerdo

*Médica. Jefa de Unidad de Atención Primaria de San Ignacio (Bilbao)*

Los farmacéuticos que trabajan en oficinas de farmacia son agentes de salud dentro de la comunidad y por su accesibilidad constituyen un elemento clave de contacto del paciente con el sistema sanitario. Es por ello que, desde el año 2008, en el Centro de Salud San Ignacio (Bilbao), junto con las 9 farmacias ubicadas en el barrio, entendimos la necesidad de aplicar el Documento de Consenso entre Médicos y Farmacéuticos para optimizar la comunicación y colaboración entre profesionales (médico-enfermera-farmacéutico), con el objetivo común de conseguir una mejora en la asistencia sanitaria de nuestros pacientes a través de una atención plenamente coordinada, de calidad y adaptada a sus necesidades.

La implicación de todos los agentes de salud y actuar de manera coordinada han hecho posible la realización e implementación de, entre otros, los siguientes proyectos:

- Hoja de interconsulta, como canal de comunicación directo y fluido entre los diferentes agentes de salud (centro de salud-oficina de farmacia), con el objetivo de aportar información, aclarar dudas o solicitar colaboración.
- Consenso en la utilización de otras vías de comunicación, como el teléfono, el e-mail, etc.
- Sesiones clínicas de farmacia en cascada, con presencia activa del farmacéutico comunitario, donde se realiza una revisión exhaustiva de una patología y sus tratamientos de acuerdo con la evidencia científica y el grado de recomendación en las guías terapéuticas. Con sistemática de evaluación desde la unidad de formación.
- Reuniones conjuntas en el centro de salud, donde se debaten temas de interés común (prescripción electrónica, receta electrónica, SPD y ayuda domiciliaria...).
- Expresar que estas reuniones son bien valoradas tanto por los profesionales del centro de salud como por los farmacéuticos, que se realizan de forma periódica y que en la actualidad forman una parte estable de nuestro calendario de sesiones clínicas.
- Colaboración en campañas iniciadas desde el centro de salud (vacunación antigripal, deshabituación tabáquica...) con el objetivo de optimizar la labor realizada desde el centro de salud.
- Colaboración en el control de la HTA.
- Protocolo y medidas de actuación ante patología banal, como por ejemplo cuadros diarreicos.

Para finalizar, expresar que una relación bidireccional fluida y consolidada conlleva un aumento de satisfacción de todos los profesionales implicados y una mejora en la práctica profesional, y es, por sí misma, una forma de garantizar la continuidad de la atención a los pacientes para conseguir el objetivo común deseado por todos.

#### Coordinación telemática entre equipos de atención primaria y farmacias comunitarias para el seguimiento del paciente hipertenso

Óscar Solans Fernández

*Médico. Director del Servicio de Atención Primaria Vallés Occidental. Institut Català de la Salut*

La HTA es una de las patologías más prevalentes en la atención primaria de salud. Es más fácil conseguir un buen control de la TA con la participación de diferentes agentes de la salud, y por este motivo se plantea el proyecto APOF, que tiene como finalidad el seguimiento de los pacientes hipertensos de manera coordinada entre los centros de atención primaria (CAP) y las oficinas de farmacia, con un protocolo telemático unificado para la toma de la tensión arterial.

Las tomas de TA realizadas desde las oficinas de farmacia aparecen en la historia clínica informatizada del paciente del CAP y en el propio sistema de registro de todas las farmacias conectadas al proyecto. Existe también un sistema de control automatizado que gestiona el seguimiento del paciente con un sistema de alertas para el farmacéutico que ayuda a la toma de decisiones y a realizar una derivación más coordinada con el CAP en caso necesario.

Previamente se realizó un ensayo clínico multicéntrico como prueba piloto en una ciudad de 63.000 habitantes con 3 CAP y 13 farmacias. Los datos demostraron, tras un año de seguimiento de los pacientes, que el grado de control de la HTA con el seguimiento desde las farmacias fue del 71%, igual o superior al realizado desde los CAP. Por este motivo se amplió la oferta y realizamos el control de la TA desde las farmacias, con monitorización y coordinación desde los equipos de atención primaria, sin pérdida del grado de control de la misma, aumentando la accesibilidad y el control de los pacientes hipertensos, obteniendo un único registro territorial de la TA –que visualizan los diferentes agentes de salud de la ciudad– y aumentando la eficiencia en el seguimiento del paciente hipertenso.

### Oficinas de farmacia y centros de salud. ¿Es posible una coordinación sistematizada como agentes de salud? Diseño de un programa de intervención de la farmacia comunitaria en la mejora del control de la presión arterial en pacientes hipertensos

**Maribel Romo Soler**

*Directora Médica de Comarca Bilbao. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud*

**Justificación y naturaleza del proyecto:** Históricamente, los CS de Comarca Bilbao y las OF de su entorno más cercano han realizado muchos esfuerzos de coordinación y entendimiento. Este proyecto se plantea con el objetivo de consolidar esa relación e incorporar al paciente en ella. La OF puede ser un agente más de salud que, interviniendo pautada y sistemáticamente, favorezca el control de la PA en los pacientes hipertensos. Para ello realizaremos un ensayo clínico aleatorizado con un grupo control (GC) y otro intervención (GI) cuyo diseño, desarrollo y análisis de los resultados permitirá extraer resultados y posteriormente, si se demuestra su eficacia, estudiar la implantación de un modelo alternativo de atención a los pacientes hipertensos.

**Objetivo:** Objetivo principal: determinar el impacto de un programa de intervención en el seguimiento de pacientes hipertensos incorporando un sistema de registro compartido en la carpeta de salud del paciente, entre OF y CS, para la mejora del control de la PA en pacientes hipertensos. Objetivos secundarios: mejorar la adherencia al tratamiento, estilos de vida como el tabaquismo, el ejercicio físico y la dieta, interacciones o efectos adversos y satisfacción de los pacientes y profesionales participantes.

**Población diana:** Pacientes hipertensos, tanto controlados como no controlados, pertenecientes a cupos médicos de varios CS, y sus OF de referencia, que participen voluntariamente. 60 pacientes en el GI y 60 pacientes en el GC.

**Intervención:** Teniendo como referencia la GPC sobre HTA de Osakidetza, se definen 2 visitas médicas con un mismo contenido para el GC y el GI: en la primera se recogerán las variables basales y en la segunda, tras un año de seguimiento, los resultados. Para el GI el seguimiento se realizará en OF, cada tres meses, realizando toma de la TA y frecuencia, peso, valoración de la adherencia al tratamiento, posibles interacciones y efectos adversos, además de asumir un rol principal en la promoción de hábitos saludables. El GC realizará el seguimiento habitual en el CS.

**Aspectos éticos:** Será sometido a consideración por el comité de ética e investigación del hospital de referencia y a la AEMPS.

**Resultados esperados:** La mejora de la media de PA de los pacientes en el GI tras el seguimiento de estos pacientes en las OF. Y que el porcentaje de pacientes hipertensos bien controlados se incremente.

## CONFERENCIA INAUGURAL

### La sublime utilidad de la ciencia inútil

**Pedro Miguel Etxenike Landiribar**

*Catedrático de Física en la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU). Premio Príncipe de Asturias y Premio Max Planck. Donostia-San Sebastián*

Más importante y sobre todo más rentable que fijar objetivos a la ciencia, es crear una atmósfera, un caldo de cultivo donde la creatividad pueda florecer. Los cambios cualitativos, los grandes avances de la Humanidad, han surgido de preguntas fundamentales de la ciencia básica.

La ciencia es económicamente decisiva, culturalmente crucial y, además, estéticamente e intelectualmente bella.

La cultura del siglo XXI será una cultura científico-tecnológica y sólo aquellos países que sean conscientes de ello serán protagonistas de su futuro.

## MESA 2

### Seguridad de los pacientes, una oportunidad de colaboración

#### Atención farmacéutica en Escocia. ¿Un modelo a seguir?

**Carles Codina Jané**

*Farmacéutico de hospital. Consultor Sénior del Servicio de Farmacia. Hospital Clínic de Barcelona*

El contenido de la ponencia se centra en el concepto de política farmacéutica territorial, inspirado en el modelo de «Single Pharmacy» escocés.

El modelo en esencia consistiría en crear equipos únicos de farmacia que englobaran farmacéuticos de hospital y farmacéuticos de atención primaria, del sistema regional de salud, con la posible contratación de los servicios de la farmacia comunitaria.

Para llegar a implantar un modelo de atención farmacéutica que incluya la farmacia comunitaria, primero es necesario reordenar y rediseñar los actuales procesos y modelos de política farmacéutica, a escala nacional, comunitaria y/o regional.

En esta política farmacéutica, deberían contemplarse todos los eslabones de la cadena en el uso del medicamento.

- Desde la prescripción médica, determinando unos criterios básicos de evaluación, selección de medicamentos y utilización de medicamentos.
- Los criterios o condiciones de financiación de los medicamentos por parte del Sistema Público de Salud.
- Definiendo los roles de los farmacéuticos especialistas de hospital y atención primaria, que por sus conocimientos podrían ser referentes en su especialidad, en el territorio, formando parte de los equipos asistenciales (médicos, enfermeras).
- La definición de cuidados/atención que requieren los pacientes.

- Participación del farmacéutico de oficina en la continuidad asistencial de según qué tipo de pacientes.
- Diseño de programas de formación continuada.

Además de las actividades propias del seguimiento farmacoterapéutico a pacientes, deberían definirse las actividades propias de los programas de educación sanitaria y/o las de carácter preventivo en términos de salud, como servicios complementarios susceptibles de contratación por parte del sistema regional de salud.

Para que el modelo sea sostenible es totalmente necesario remodelar el sistema de atención y actuar de forma simultánea durante el proceso de modificación.

Son variaciones que requieren un cambio sustancial de actitud y necesitan cierto grado de implicación de todas las partes afectadas.

### Seguridad del paciente polimedocado. Programa coordinado entre niveles asistenciales

**Fina Camós Ramió**

*Jefa del Servicio de Farmacia del Hospital de Palamós. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (Girona)*

#### Introducción

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) es una organización sanitaria integrada que cubre el *continuum* asistencial «atención primaria-hospital básico-atención a la dependencia» de la población del Baix Empordà (Girona). Gestiona 4 áreas básicas de salud con una población asignada de 91.301 habitantes, un hospital de agudos de 110 camas, un centro sociosanitario con 100 camas y una residencia asistida de 65 camas.

Una de las líneas estratégicas en el proceso de integración asistencial de SSIBE es la prestación farmacéutica, por la importancia que tiene sobre la salud de la población y también en la eficiencia del sistema. En este sentido, y para la mejora continua de la calidad y la seguridad en el uso de los medicamentos, llevamos a cabo distintas iniciativas, una de las cuales es la coordinación con las oficinas de farmacia de la comarca. La complicidad de las oficinas de farmacia y de los propios pacientes es indispensable para un uso seguro de los medicamentos.

#### Coordinación con las oficinas de farmacia: intervención dirigida a la detección de problemas relacionados con la polimedicación

La polimedicación, definida como la utilización simultánea de 5 o más fármacos, es frecuente entre las personas mayores y es una de las causas de aparición de reacciones adversas, interacciones, disminución de la adherencia a los tratamientos y otros problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

El abordaje interdisciplinar y multifactorial de la polimedicación ha de repercutir en un aumento de la seguridad en el uso de los medicamentos y en una optimización del consumo de recursos. Es por ello que hemos puesto en marcha este programa de seguridad del paciente polimedocado, que integra farmacéuticos comunitarios, de atención primaria y de hospital y enfermeras de atención domiciliaria (Atdom) de las cuatro áreas básicas de salud, aplicando un método sistemático (formulario de revisión de la medicación y test de Morisky-Green) capaz de detectar y corregir PRM y, si es necesario, comunicarlos al médico responsable del paciente.

La fase preliminar de este programa se ha llevado a cabo con la participación de 17 OF (59% del total de la comarca) del servicio de farmacia y de enfermería de Atdom, y se han incluido 219 pacientes. De los resultados obtenidos se ha elaborado una propuesta con las medidas necesarias para una mejora continua de la seguridad del paciente polimedocado.

## iBotika. Información ciudadana sobre medicamentos

**Maite Santamarta Lozano**

*Farmacéutica. CEVIME. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Coordinadora del Grupo de Información Ciudadana sobre Medicamentos iBotika*

**Introducción:** En los últimos años la relación médico-paciente ha cambiado, ya que el paciente –y ciudadano– tiene un papel más activo y reclama mayor participación en las decisiones que puedan incumbir a su salud. A través de Internet, la ciudadanía tiene acceso a gran cantidad de información que no está sujeta a regulación alguna, resultando, en la mayoría de los casos, de dudosa calidad y con omisiones evidentes de información fundamental. Ante esta realidad, es primordial que desde la Administración Pública se facilite información objetiva e independiente que ayude al usuario a comprender los medicamentos que está tomando.

**Objetivo:** Facilitar al paciente en concreto y a la ciudadanía en general información objetiva, fiable, independiente y comparativa sobre medicamentos, desde la Dirección de Farmacia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**Metodología:** Crear el Grupo de Información Ciudadana sobre Medicamentos iBotika, elaborar las fichas y los vídeos de información ciudadana sobre medicamentos iBotika, de producción propia, teniendo en cuenta su procedimiento normalizado de trabajo, y recopilar y facilitar el acceso a la ciudadanía a información objetiva, independiente y de calidad sobre medicamentos existente ya en Internet.

**Resultados:** En abril de 2012 se creó la página web de referencia de información objetiva e independiente dirigida a la ciudadanía [www.osakidetza.euskadi.net/ibotika](http://www.osakidetza.euskadi.net/ibotika), con la garantía del Departamento de Salud. En ella se puede acceder a ocho fichas de información ciudadana sobre medicamentos iBotika, a un vídeo de información ciudadana sobre medicamentos iBotika, de elaboración propia, y a un listado de diversos enlaces de información independiente sobre medicamentos y patologías que el Grupo de Información Ciudadana sobre Medicamentos iBotika ha considerado de interés para la ciudadanía.

**Conclusiones:** La iniciativa iBotika está siendo bien recibida tanto por los profesionales sanitarios como por la ciudadanía.

## MESA 3

### Participación de la farmacia comunitaria en programas de salud

#### Asistencia sanitaria al paciente con asma/EPOC: colaboración entre distintos niveles asistenciales

**Ana María Quintas Rodríguez**

*Vicesecretaria del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. Miembro del Patronato de la Fundación Pharmaceutical Care España*

El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son las dos patologías respiratorias crónicas más frecuentes y tienen una gran repercusión en el individuo que las padece y en los ámbitos escolar, laboral y social, conllevando un alto coste económico en el que se incluyen días de hospitalización anuales, visitas a los centros sanitarios, tratamientos y pérdida de productividad en el trabajo.

Existen evidencias definitivas de que programas educativos desarrollados en atención primaria o en oficinas de farmacia reducen los ingresos hospitalarios, las visitas médicas no programadas y otros parámetros de morbilidad.

El objetivo general del proyecto es evaluar el impacto de un programa de educación sanitaria impartido por los profesionales de las oficinas de farmacia en la salud de los pacientes con asma y EPOC de un área sanitaria, en colaboración con los profesionales de los equipos de atención primaria.

Son objetivos específicos del proyecto:

- Evaluar la calidad de vida de los pacientes, con el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ), antes y después de la intervención educativa.
- Evaluar la adherencia de los pacientes al tratamiento para EPOC/asma prescrito, a través de la escala de Morisky-Green, antes y después de la intervención educativa.
- Evaluar el manejo en el uso de los inhaladores antes y después de la intervención educativa.
- Evaluar la satisfacción de los pacientes con la intervención objeto del estudio.
- Evaluar el número de visitas/hospitalizaciones por reagudización de su enfermedad en el periodo de seguimiento.

Este proyecto surge también de la necesidad y de la voluntad de que se forjen líneas de colaboración entre los profesionales de atención primaria y los farmacéuticos que dan un servicio a una población que es común para ambos. Entre estas líneas podemos nombrar, como más relevantes en este estudio, la formación conjunta de profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y farmacéuticos de las oficinas de farmacia y de atención primaria), la implicación en proyectos de investigación en atención primaria, la elaboración y/o distribución de material de educación para la salud, mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes, y hacer educación para la salud, no sólo en las consultas sino también en las oficinas de farmacia.

La coordinación entre los distintos niveles asistenciales y de éstos con los dispositivos sociales y educativos es fundamental. La elección de un marco geográfico concreto igualmente ayuda a desarrollar procesos de coordinación entre ellos.

## MESA 4

### El desafío de la polimedicación

#### De la polimedicación a la deprescripción, la evolución necesaria

**Antonio Villafaina Barroso**

*Farmacéutico de atención primaria. Servicio Extremeño de Salud*

La polimedicación es un fenómeno complejo, multicausal y que aumenta con la edad. Desde el punto de vista cualitativo se entiende como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, ya sean éstos prescritos por un profesional o fármacos de venta libre. Hablamos entonces de:

- Polimedicación adecuada, cuando el paciente toma muchos fármacos pero todos ellos tienen indicación clínica.
- Polimedicación inadecuada, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios.
- Seudopolimedicación, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente está tomando.

La polimedicación también se ha definido en términos cuantitativos. No parece haber consenso acerca de dónde establecer el límite a partir del cual estaríamos hablando de polimedicación, y en cualquier caso casi siempre son criterios arbitrarios. Algunos autores consideran tres niveles: polimedicación menor, si se toman 2 o 3 fármacos; moderada, de 4 a 5 medicamentos, y mayor, si se toman más de 5 fármacos.

Por otra parte, la deprescripción es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y la adición de otros. Su desarrollo pretende resolver tensiones y contradicciones entre 2 interrogantes:

- 1) ¿Es la expectativa de vida menor que el tiempo que tarda el medicamento en obtener beneficios?
- 2) ¿Son congruentes las metas de la atención sanitaria con los objetivos de la prescripción-deprescripción?

La validez de la deprescripción está fundamentada en argumentos científicos y éticos. Desconocemos la utilidad y seguridad de muchos medicamentos que siguen los ancianos frágiles o enfermos terminales; otros producen efectos adversos molestos o graves. Por tanto, en determinadas ocasiones su retirada podría estar justificada, siendo seguro hacerlo de una manera sustancial.

### Mejora de la adherencia terapéutica en pacientes polimedicados

**Pedro Useros Hernández**

*Secretario del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia*

El incumplimiento terapéutico es uno de los problemas de salud más importantes y con más repercusión sobre los sistemas sanitarios. Según diferentes estudios, se estima que en España el incumplimiento oscila entre el 16 y el 66%.

En general las causas que motivan estas cifras son: el olvido de la toma de la dosis, el abandono de la medicación por haber remitido los síntomas, y las deficiencias en el conocimiento sobre el problema de salud y la medicación prescrita. Además, la aparición de problemas cognitivos y de deterioro de las personas ocasiona la pérdida de la capacidad para administrarse la medicación.

En Castilla y León existe un aumento claro de personas mayores, con mayor presencia de enfermedades crónicas y por tanto de pacientes polimedicados. El 22% de la población es mayor de 55 años y, de estos mayores, casi el 20% viven solos.

Por todo ello, en Castilla y León se viene desarrollando el programa de atención al paciente polimedicado, que tiene entre sus objetivos aumentar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes y profundizar en la colaboración de las oficinas de farmacia con los centros de salud. Desde una óptica multidisciplinar, los profesionales que se encuentran alrededor del paciente (médicos, profesionales de enfermería y farmacéuticos) aúnan esfuerzos para ayudar a aquellos pacientes polimedicados que tienen dificultades a la hora de tomar su medicación.

Estos pacientes acuden a las oficinas de farmacia con una hoja de medicación. En el momento de la dispensación, el farmacéutico, después de comprobar que las prescripciones coinciden con el plan terapéutico de la hoja de medicación, se asegura, mediante cuatro sencillas preguntas, de que el paciente conoce cómo y cuándo debe tomar sus medicamentos. Para reforzar más la información al paciente, se ha desarrollado un sistema de pictogramas que, adheridos a los envases de los medicamentos, le recordarán al paciente, ya en su casa, para qué sirve el medicamento y cuándo debe tomarlo.

Las dispensaciones realizadas y el conocimiento que el paciente tiene sobre los medicamentos que utiliza son consignados en una hoja de registro. Las dispensaciones realizadas son tratadas mediante el módulo de dispensación del Bot PLUS, en donde podrán aparecer diferentes alertas. La posible aparición de PRM o, en su caso, de RMN es puesta en conocimiento del centro de salud mediante distintas vías de comunicación.

### Mejora del uso de la medicación en personas con ayuda domiciliaria

**Eva Ramos Saiz**

*Farmacéutica comunitaria en Santurtzi (Bizkaia)*

El Departamento de Salud y el Consejo de Farmacéuticos de Euskadi firmaron en 2009 un convenio de colaboración para mejorar el uso de la medicación en personas atendidas por servicios de ayuda domiciliaria (SAD). Este programa implica también a las entidades responsables del SAD (municipios, mancomunidades o diputaciones) y está basado en la utilización de SPD.

Para incorporarse al programa el paciente rellena el «alta/consentimiento informado», sellado por el SAD.

El interesado selecciona una farmacia acreditada. Tramitada el alta, el farmacéutico revisa el tratamiento para detectar posibles PRM y prevenir RNM. Además, contacta con el médico para determinar las acciones necesarias para corregirlos y confirmar tratamientos y posologías.

Los COF organizan la formación y acreditación de las farmacias, publican el registro de farmacias acreditadas e implementan el sistema de facturación (con él, remiten al Departamento de Salud los datos de seguimiento del programa).

A 31 de julio estaban acreditadas 668 farmacias (80,77%) y adheridos 127 municipios y una diputación provincial, que representan el 88,99% de la población de Euskadi. Los pacientes atendidos a esa fecha eran 699. La media de medicamentos que toman es de 9,06 (6,64 emblistables). El número total de blísters preparados este año (mayo de 2012-mayo de 2103) ha sido de 29.722, con una mediana por paciente/mes de 4,23. De ellos, han sido devueltos a la farmacia 26.487 (25.500 vacíos y 987 [3,73%] que contenían algún medicamento).

En el momento de realizar la entrevista inicial los pacientes tomaban una media de 9,14 medicamentos, que se redujeron a 8,78 tras dicha entrevista.

A lo largo de este año se han extendido 2.363 recetas innecesarias que han sido devueltas al Departamento de Salud y suponen un importe de 34.718,56 euros.

La media de PRM detectados por paciente en la entrevista inicial ha sido de 1,54, siendo el más frecuente la falta de adherencia (72,29%), seguida de las características personales (7,77%) y la administración errónea (3,96%). A lo largo de este año se han detectado 294 PRM adicionales, que han conllevado 223 intervenciones farmacéuticas. De ellos, la falta de adherencia ha supuesto el 64,63%, las características personales el 7,14% y la administración errónea el 5,78%.

Actualmente se están preparando unas encuestas de valoración para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio. Igualmente, se ha preparado un cuestionario para los farmacéuticos y otro para los responsables de los SAD, que permitirán evaluar la opinión de éstos respecto al programa.

## CONFERENCIA

### Programa conSIGUE Impacto. Evaluación del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados

Fernando Martínez-Martínez<sup>1</sup>, Victoria García-Cárdenas<sup>1</sup>, Miguel Ángel Gastelurrutia<sup>1</sup>, Daniel Sabater-Hernández<sup>1</sup>, Loreto Sáez-Benito<sup>2</sup>, Raquel Varas<sup>3</sup>, Shalom I. Benrimoj<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Atención Farmacéutica y Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. España. <sup>2</sup>Universidad de San Jorge. España. <sup>3</sup>Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. España. <sup>4</sup>Universidad Tecnológica Sydney. Australia

**Introducción:** ConSIGUE es un proyecto de investigación del Consejo General incluido en RIFAC (Red de Investigación en Farmacia Comunitaria), junto a la Universidad de Granada, que cuenta con la colaboración de Laboratorios Cinfa. Su principal objetivo es evaluar el impacto del servicio de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en los ámbitos clínico, económico y humanístico en pacientes mayores polimedicados. El SFT es un servicio profesional consensuado por diversas organizaciones españolas del ámbito farmacéutico para su implantación en España<sup>1</sup>. Hasta la fecha no se han realizado estudios con la suficiente potencia para determinar el efecto que tendría la provisión del servicio de SFT en la población mayor. Con el objetivo de proporcionar información suficiente y de calidad sobre este servicio y facilitar el proceso de implantación en España, se puso en marcha el programa conSIGUE en 2009. Desde su inicio cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las consejerías de sanidad autonómicas, la SEFAC, la Fundación Pharmaceutical Care España y los colegios de farmacéuticos provinciales.



El objetivo de la presente comunicación es exponer el impacto del servicio de SFT sobre el número de medicamentos utilizados, problemas de salud no controlados, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios en pacientes mayores polimedicados.

#### Método:

- *Diseño del estudio:* Estudio cuasiexperimental, longitudinal, con 6 puntos en el tiempo y grupos de comparación (GC) e intervención (GI).
- *Ámbito de estudio:* En el estudio principal participaron farmacias comunitarias pertenecientes a 4 colegios oficiales de farmacéuticos (Guipúzcoa, Granada, Las Palmas y Tenerife). El trabajo de campo tuvo una duración de 8 meses en cada provincia.
- *Pacientes:* Los pacientes fueron reclutados en las farmacias participantes, según los siguientes criterios de inclusión: mayores (65 años o más) y polimedicados (5 o más medicamentos).
- *Farmacias/farmacéuticos:* Cada farmacia debía reclutar 10 pacientes. Las farmacias comunitarias fueron la unidad de aleatorización y fueron asignadas a los grupos intervención y control.
- *Intervención farmacéutico-paciente:* Los pacientes incluidos en el GI recibieron el servicio de SFT. Los pacientes incluidos en el GC recibieron la atención habitual.

**Resultados:** Se reclutaron 1.403 pacientes (715 asignados al GC y 688 al GI) en 178 farmacias. Tanto el GI como el GC experimentaron una reducción significativa del número promedio de medicamentos entre el inicio y el final del estudio (GI:  $-0,28$  [DE: 1,25;  $p < 0,001$ ]; GC:  $-0,08$  [DE: 0,97;  $p = 0,030$ ]). La diferencia continuó mostrando una mayor disminución del número de medicamentos en el GI al final del estudio, tras el análisis de la covarianza: ajustado  $-0,15$  (IC 95%:  $-0,26$ ,  $-0,02$ ;  $p = 0,015$ ). En el GI se controló un mayor número de problemas de salud, incluso cuando se ajustó por el número de problemas de salud no controlados al inicio del estudio:  $-0,44$  (IC 95%:  $-0,52$ ,  $-0,35$ ;  $p < 0,001$ ). Al final del estudio la proporción de pacientes que refirieron haber sido hospitalizados fue significativamente mayor en el GC que en el GI (GI 5,9% frente a GC 9,5%;  $p = 0,015$ ), mientras que la proporción de pacientes que acudieron a urgencias en el GC fue significativamente superior que en el GI (GI 14,7% frente a GC 25,9%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** El servicio de SFT obtiene mejoras clínicas en la población estudiada y los beneficios económicos provienen fundamentalmente de la reducción en la utilización de servicios sanitarios. Se llevará a cabo una siguiente fase del programa, conSIGUE Implantación, cuyo objetivo final será la implantación del servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria española.

1. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2008.

## MESA 5

### Universidad y farmacias comunitarias, trabajando juntos

#### Aprendizaje multidisciplinar para mejorar los resultados en salud

Begoña Calvo Hernáez

*Catedrática de Farmacia. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Vitoria-Gasteiz*

La atención que recibe el usuario del Sistema de Salud es una actividad compleja que requiere la colaboración eficaz entre los diferentes profesionales sanitarios. A ello contribuyen diversos factores, como son el envejecimiento de la población o el incremento en el número de pacientes con patologías crónicas.

El aprendizaje interprofesional constituye una vía para optimizar la colaboración dentro del equipo de salud y, en consecuencia, la atención al paciente. Este aprendizaje abarca diferentes métodos de formación o capacitación, en los que dos o más profesionales adquieren competencias de forma interactiva. Uno de los más utilizados es el aprendizaje basado en problemas o el método del caso, en los que diferentes profesionales de un determinado ámbito abordan el tratamiento de un paciente concreto desde la perspectiva individual de cada uno de ellos.

En cuanto al contenido de este aprendizaje, existen ciertos aspectos transversales que deben abordarse: epidemiología, actividades de promoción de la salud, habilidades para la evaluación global del paciente, toma de decisiones, así como la planificación de la atención al paciente.

No obstante, en muchos casos se observa que este aprendizaje-colaboración puede resultar problemático, como ocurre en las situaciones en que la comunicación es escasa, o bien si se invaden o solapan competencias entre distintas profesiones, o si no existe una coordinación adecuada del trabajo de equipo.

Por todo ello, es importante que desde las instituciones se fomente la interacción interprofesional de forma que se mejore la colaboración en la práctica. Se trata de lograr una mejora del sistema a fin de que los diferentes profesionales reconozcan su ineludible responsabilidad de trabajar juntos para mejorar la salud y el bienestar de la población en su conjunto.

Una fuente de consulta enfocada al desarrollo de este tipo de programas es la revista *Journal of Interprofessional Care*, centrada específicamente en este tipo de colaboración. Asimismo, sería interesante promover asociaciones interprofesionales que canalicen el desarrollo de las actividades, de forma similar a las ya existentes en el Reino Unido ([www.caipе.org.uk](http://www.caipе.org.uk)), en Canadá ([www.cihc.ca](http://www.cihc.ca)) y a escala europea ([www.eipеn.eu](http://www.eipеn.eu)). Por último, la Organización Mundial de la Salud ha resumido las competencias que puede lograr el profesional sanitario mediante el aprendizaje interdisciplinar, algunas de las cuales se recogen a continuación:

- Desarrollar la capacidad de compartir conocimientos y habilidades.
- Integrar en su profesión nuevas áreas de conocimiento y competencias.
- Lograr una mejor comunicación con otros profesionales.
- Generar nuevos roles en la atención al paciente.

### Proyecto europeo de investigación de la implementación de la atención farmacéutica en la farmacia comunitaria

Pilar Modamio Charles<sup>1</sup>, Borja García de Bikuña Landa<sup>2</sup>, Eduardo L. Mariño Hernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. <sup>2</sup>Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria

En octubre de 2011, en la asamblea general de la Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) celebrada en Dublín, se propuso un nuevo estudio europeo con objeto de determinar el grado de provisión de atención farmacéutica por parte de los farmacéuticos comunitarios, utilizando como medida la Behavioral Pharmaceutical Care Scale (PCNE-BPCS 2), en el que la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Universidad de Barcelona (UFCF-UB) resultó la única representación española, aunque poco tiempo después se incorporó el Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC).

El estudio se incluye dentro de un proyecto de investigación que fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (CBUB) en noviembre de 2011 y contó con el soporte económico y de recursos humanos de la UB.

Metodológicamente, se trata de un estudio transversal. La encuesta final en inglés aceptada por los países participantes se tradujo al castellano según las *Guillemin guidelines* (junio-julio de 2012), lo que incluyó una doble traducción del inglés al castellano, consenso y viceversa. Después se realizó una prueba piloto, aplicándose a 5 oficinas de farmacia, con el objetivo de validar la versión traducida del cuestionario para tener la versión definitiva (octubre de 2012).

Su distribución (noviembre de 2012) se hizo a los presidentes de los 52 colegios provinciales de farmacéuticos, realizándose 3 recordatorios en enero, febrero y marzo de 2013. El cuestionario debía contestarse por un farmacéutico de cada farmacia y, en concreto, quien estuviera más implicado en la atención farmacéutica.

Durante este tiempo se realizaron 3 reuniones (Ámsterdam, enero de 2012; Lovaina, mayo de 2012; Berlín, febrero de 2013) con el resto de participantes europeos además de España (Alemania, Bélgica, Bosnia, Croacia, Dinamarca, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Malta, Moldavia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía, Serbia, Suecia, Suiza y Ucrania) a las que asistió un representante de nuestra UFCF-UB y, en las dos últimas, también un representante de Foro AF-FC.

El número de encuestas que se finalizaron y se nos remitieron fue de 346, provenientes de 13 de las 17 CCAA y de 35 de los 52 colegios provinciales con los que inicialmente se había contactado.

En junio de 2013, tal y como se había acordado en la última reunión en Berlín, los resultados de las 346 encuestas se enviaron al coordinador del proyecto europeo, el Prof. McElnay de la Queen's University of Belfast.

## Campaña de uso seguro de medicamentos

**Idoia Beltrán Gárate**

*Farmacéutica. Profesora de la Universidad de Navarra*

En marzo de 2012 se firmó un acuerdo entre el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra y la Facultad de Farmacia de la Universidad de Navarra que, tras años de trabajo conjunto, plasmaba por escrito la colaboración entre ambas entidades. Como objetivo principal establece la mejora de la calidad asistencial del paciente en relación con su farmacoterapia, es decir, optimizando el uso adecuado de sus medicamentos. Resulta, por tanto, muy importante promover la investigación en este ámbito. Además, expone que el farmacéutico es un profesional sanitario llamado –por su formación, profesionalidad y cercanía al paciente– a representar un papel fundamental en la prevención de errores de medicación.

Esta iniciativa constituye el primer proyecto derivado de este acuerdo. Se trata de la campaña de educación sanitaria «Conoce tus medicamentos, utilízalos correctamente» dirigida a pacientes crónicos polimedicados, que cuenta también con la participación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Pretende mejorar el conocimiento de los medicamentos y la adherencia terapéutica del paciente, y favorecer la colaboración entre profesionales sanitarios.

Dirigida a pacientes con 4 o más medicamentos, que pueden ser captados en las farmacias o centros de salud. La difusión a la población se realizó a través de los medios de comunicación y de folletos y carteles.

Una vez inscrito el paciente, el farmacéutico, siguiendo la hoja de medicación, verifica si el usuario conoce los principios activos, indicaciones y posologías. Además, pregunta qué criterio(s) sigue para identificar los medicamentos y determina el cumplimiento. Registra los resultados en el cuestionario de valoración de conocimientos y realiza educación sanitaria individualizada. Transcurridos dos meses, repite la intervención con objeto de poder comprobar la eficacia de ésta.

Previamente, se realizó una sesión formativa a aquellos farmacéuticos interesados y se informó específicamente a los centros de salud. En octubre 2012 se inició un estudio piloto con el Centro de Salud de San Juan y 10 farmacias, que permitió verificar la viabilidad del proyecto, identificar puntos críticos y realizar mejoras. Actualmente hay 156 farmacias comprometidas.

Esta campaña no supone una gran novedad en la actividad del farmacéutico, ya que la educación sanitaria a pacientes en relación con sus medicamentos se realiza habitualmente; sin embargo, permite sistematizar una práctica, comprobar los resultados de estas intervenciones con objeto de mejorar el servicio al paciente y dar a conocer la labor asistencial del farmacéutico a la sociedad y a otros profesionales sanitarios.

## MESA 6

### El apoyo institucional a la atención farmacéutica y la colaboración interprofesional

#### MEDAFAR V: comunicación telemática entre farmacéuticos y médicos

**Flor Álvarez de Toledo Saavedra**

*Farmacéutica. Ex-presidenta de la Fundación Pharmaceutical Care España. Oviedo*

La fase V del proyecto MEDAFAR tiene por objeto integrar en los programas de receta electrónica la metodología acumulada en las fases anteriores de este proyecto, respecto a contenidos y lenguaje adecuados para las derivaciones farmacoterapéuticas entre médicos y farmacéuticos.

La clasificación agrupó en cuatro categorías las posibles situaciones susceptibles de derivación, causadas por problemas en la farmacoterapia de los pacientes: necesidad, seguridad, efectividad y educación sanitaria; posteriormente la clasificación se amplió a 28 rúbricas que se codificaron con dos dígitos: una letra para la categoría de la situación y un número para el problema específico observado dentro de dicha categoría concreta.

Estos trabajos anteriores nos han permitido pensar en una codificación de mensajes cuya interpretación ya está acordada y definida entre los dos colectivos profesionales y puede ser utilizada para el intercambio necesario de observaciones o datos relativos a los tratamientos de los pacientes entre médicos de atención primaria y farmacéuticos comunitarios en un momento determinado de la atención farmacoterapéutica.

No se trata de sustituir los informes de casos complejos que los farmacéuticos facilitan al médico responsable del paciente, sino de facilitar la comunicación de datos relevantes en situaciones puntuales para mejorar la atención sanitaria en pacientes crónicos. Y esto de forma bidireccional, de farmacéutico a médico y de médico a farmacéutico.

El objetivo estratégico de MEDAFAR es ofrecer una atención continuada al paciente crónico y establecer una relación de comunicación bidireccional entre el médico y el farmacéutico mediante la implantación de TIC. Esto reforzará la continuidad de la asistencia en pacientes crónicos independientemente de su problema de salud o condición clínica.

Para desarrollar la estructura completa del mensaje que podría incluirse en los programas de prescripción electrónica hemos reunido las opiniones de 24 profesionales que pertenecen a CCAA donde ya se usa la RE. Sus aportaciones han considerado si la estructura inicial propuesta es la adecuada a los casos reales atendidos por ellos mismos en los últimos meses o se necesita alguna modificación de contenidos. Se han revisado 300 casos.

Posteriormente se probará la funcionalidad de esta herramienta en una farmacia concreta y a continuación se medirá la eficiencia de la herramienta, incluida en la prescripción electrónica, en todas aquellas oficinas de farmacia pertenecientes a un área de salud que hayan colaborado en la etapa anterior.

#### El trabajo conjunto de todos los colegios sanitarios, la experiencia de Bizkaia

**María José García Etxaniz**

*Enfermera. Presidenta del Foro de Colegios Profesionales Sanitarios de Bizkaia*

La iniciativa de crear el Foro de Colegios Profesionales Sanitarios de Bizkaia partió de la constatación de las sinergias que se podrían lograr si los colegios profesionales del territorio trabajaban de manera conjunta. Así, gracias a la buena relación personal existente entre los diversos representantes de los colegios, se propuso llevar a cabo la iniciativa, incluyendo en ella los colegios sanitarios cuyo ámbito de competencia es el de Bizkaia y aquellos que, siendo de ámbito autonómico, son únicos para los tres territorios.

De este modo, el 1 de marzo de 2010 se celebró la primera reunión del Foro, constituido por los colegios profesionales de dentistas, enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas y médicos, la delegación regional del Co-

legio Nacional de Ópticos-Optometristas, el Colegio de Podólogos, la Sección de Psicología Clínica del Colegio de Psicólogos y el Colegio de Veterinarios.

Posteriormente, con el devenir del Foro y su afianzamiento, se han incorporado el Colegio de Logopedas del País Vasco (2012), el Colegio Oficial de Biólogos de Euskadi (2012) y el Colegio de Dietistas-Nutricionistas del País Vasco (2013).

Los objetivos fundacionales del Foro comprendían la promoción entre los participantes de una visión más integral e integradora de la atención sanitaria, el debate sobre asuntos sanitarios y sociosanitarios que se consideran de interés, el debate sobre asuntos de interrelación profesional, elaborar un «criterio sanitario», etc. El Foro no es una entidad jurídica, por lo que carece de estatutos y jerarquías. No obstante, sí cuenta con los citados objetivos, con un procedimiento estructurado para la toma de decisiones, con reuniones periódicas, un logotipo propio y unos cargos que se renuevan anualmente. Estos cargos son la presidencia y la vicepresidencia (encargadas de firmar los documentos que se emitan desde el Foro, como representantes de éste) y la secretaría (encargada de las funciones propias de esta área).

En la práctica, el Foro se ha revelado como una herramienta excelente para debatir y compartir conocimiento e información y actuar de manera unitaria en la interlocución con las distintas administraciones, tanto las de Bizkaia como las de Euskadi.

Durante su trayectoria, se han abordado temas de diversa índole, muchos de los cuales se han plasmado en acciones concretas ante la administración o ante la ciudadanía.

Estos temas serán expuestos con detalle durante la presentación.

El Foro ha contado con difusión a públicos externos, a través de acciones con los medios de comunicación, y también a públicos internos, a través de los canales de comunicación interna con los colegiados propios de cada colegio.

Merece la pena destacar que la creación del Foro fue considerada por la publicación *Correo Farmacéutico* como una de las mejores iniciativas de la Farmacia del año 2011.

### Atención a la cronicidad: integración del farmacéutico comunitario en el Plan de Salud

**Rafael Guayta-Escolies**

*MD; MPH, MHM, PDD. Director de Proyectos e Investigación. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya*

Actualmente existe un amplio consenso entre los organismos profesionales europeos en enfocar las actuaciones del sistema de salud y de los agentes sanitarios hacia las necesidades emergentes de la ciudadanía, focalizándolas en aquellas con una expresión de mayor carga de enfermedad.

Una de las actuaciones que adquiere un alto grado de consenso es la cogestión de aquellos pacientes aquejados de una enfermedad crónica con un tratamiento de larga duración y un cierto grado de complejidad.

Se conoce sobradamente que un alto porcentaje de pacientes no siguen bien su plan terapéutico, pudiendo presentar problemas relacionados con el medicamento (PRM), especialmente de efectividad y seguridad. Éstos se correlacionan significativamente con el número de procesos que se padezca, la complejidad de los tratamientos y la edad del paciente, especialmente si se sufre un cierto grado de deterioro cognitivo o incapacidad.

El farmacéutico comunitario ocupa, en el seno de la red asistencial, un papel muy importante para obtener el mayor beneficio del tratamiento prescrito y evitar o minimizar al máximo los PRM. Efecto que se incrementa al establecerse un alto grado de colaboración entre los distintos agentes sanitarios, especialmente médicos de familia y enfermeras gestoras de casos.

En Catalunya, dicha actuación se alinea perfectamente con las líneas estratégicas 2 y 3 del «Pla de Salut», donde se preconiza una atención integrada del paciente crónico complejo (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (MACA) que sea resolutive desde los primeros niveles asistenciales.

En concreto se propone el despliegue de líneas de actuación farmacéutica en 10 grandes procesos enmarcados en el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad. Dichas actuaciones se centran en la gestión

coordinada de procesos, el mantenimiento de la autonomía del paciente, la disminución de reagudizaciones y la disminución de costes derivados del mal control terapéutico.

Los beneficios esperados, según la evidencia disponible, serían dobles: por una parte, una eficiencia en el uso de recursos adecuando la respuesta al nivel asistencial correspondiente; por otro lado, la farmacia y el farmacéutico comunitario poseen un empoderamiento real de su papel como agente y centro de salud integrado de facto en el equipo de atención primaria, cerrando eficazmente el círculo del *continuum* asistencial. Para el usuario implica una mayor efectividad y seguridad de sus tratamientos, reduciendo la incidencia de PRM.

Finalmente, la existencia de protocolos de actuación consensuados, validados por la autoridad sanitaria y avalados por las diferentes sociedades científicas, garantiza que los pacientes reciben una atención estandarizada y con escasa variabilidad, con equidad de provisión.