

■ ORIGINAL

Evaluación de la gestión directiva en farmacia comunitaria mediante el análisis de los resultados negativos asociados al uso de medicamentos detectados y atendidos

Outcomes in the management of the pharmacotherapy follow-up service in a community pharmacy

D. Barris Blundell

Licenciado en Farmacia. Farmacéutico Comunitario en Benalmádena (Málaga).

ABREVIATURAS:

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical; INR: *international normalized ratio*; PIO: presión intraocular; PRM: problemas relacionados con los medicamentos; RNM: resultado negativo asociado al uso de medicamentos; SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es evaluar la gestión de los servicios de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) mediante el análisis de los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) detectados en pacientes de una farmacia comunitaria desde el año 2008, la clasificación de estos RNM en sus diferentes categorías, la evaluación de la eficacia del servicio de SFT prestado por el equipo de farmacéuticos y su comparación con los resultados obtenidos en los diferentes periodos (años 2008, 2009, 2010 y 2011).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, no controlado y no aleatorizado, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) desde enero de 2008 hasta diciembre de 2011. El procedimiento utilizado para el seguimiento de los tratamientos farmacológicos ha sido la metodología Dáder, que tiene protocolizados los procesos y los instrumentos de registro que se deben adoptar para proporcionar SFT a los pacientes.

Resultados: En los diferentes periodos del estudio se han detectado un total de 35 RNM en 2008, 41 en 2009, 35 en 2010 y 48 en 2011. Los RNM más frecuentes son los de seguridad en 2008 (42,9%), los de necesidad en 2009 (46,3%), y los de efectividad en 2010 (48,6%) y 2011 (43,8%). Los porcentajes de resolución de los RNM detectados han sido los siguientes: el 94,3% en 2008, el 82,9% en 2009, el 82,9% en 2010 y el 75% en 2011. El número de RNM detectados por farmacéutico ha seguido la siguiente evolución: 7 en 2008, 8,2 en 2009, 8,8 en 2010 y 9,6 en 2011. En todos los periodos estudiados el grupo terapéutico más implicado ha sido el C09 (fármacos activos sobre el sistema renina-angiotensina).

Conclusiones: Aunque el 84,9% de los RNM fueron resueltos con la participación del médico, es necesario dar a conocer este servicio cognitivo mediante reuniones periódicas entre farmacéuticos del equipo y los médicos de atención primaria para alcanzar una mayor integración en el equipo multidisciplinario de salud.

Parte de este trabajo se presentó como póster en el V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, celebrado en 2012 en Barcelona, con el título «Evolución de los resultados negativos asociados a la medicación detectados en una farmacia comunitaria».

Fecha de recepción: 25/9/2013. **Fecha de aceptación:** 16/1/2014.

Correspondencia: D. Barris Blundell. Farmacia Zarzuelo. Ciudad de Melilla-Plaza Mayor, 20-21. 29630 Benalmádena (Málaga).

Correo electrónico: consulta@farmaciazarzuelo.com

Es imprescindible mejorar la rentabilidad del esfuerzo formativo y económico que supone disponer de un equipo de cinco farmacéuticos adjuntos, aumentando el número de historias farmacoterapéuticas abiertas y RNM detectados.

Palabras clave: Resultados negativos asociados a la medicación, seguimiento farmacoterapéutico, gestión, farmacia comunitaria.

ABSTRACT

Objectives: The main objective is to evaluate the management of the pharmacotherapy follow-up service (PFS) by analysis of negative outcomes associated with medication (NOM) detected in patients in a community pharmacy since 2008, the classification of NOM in different categories, the evaluation of the effectiveness of PFS service provided by the team of pharmacists and their comparison with the results obtained at different times (2008, 2009, 2010 and 2011).

Methods: Prospective observational study, uncontrolled, nonrandomized carried out in a community pharmacy in Benalmádena (Málaga) from January 2008 to December 2011. The procedure used for the monitoring of drug therapies has been Dáder methodology, which has protocolized processes and instruments of records to be taken to provide patients PFS.

Results: In the different periods of the study were detected a total of 35 NOM in 2008, 41 in 2009, 35 in 2010 and 48 in 2011. The most frequent NOM are safety category in the year 2008 (42.9%), necessity in 2009 (46.3%), effectiveness in 2010 (48.6%) and 2011 (43.8%). The rate of resolution of NOM detected was 94.3% in 2008, 82.9% in 2009, 82.9% in 2010 and 75% in 2011. The number of NOM detected by pharmacist has the following evolution: 7 in 2008, 8.2 in 2009, 8.8 in 2010 and 9.6 in 2011. In all periods studied the more involved therapeutic group was the C09, agents acting on the renin-angiotensin system.

Conclusions: Although 84.9% of the NOM were resolved with the participation of the physician, it is necessary to explain this cognitive service through regular meetings between pharmacists and primary care physicians to achieve greater integration in multidisciplinary health care team.

It is essential to improve the profitability of training effort and economic costs to have a team of 5 pharmacists, increasing the number of records and NOM detected.

Keywords: Negative outcomes associated with medication, pharmacotherapy follow-up service, management, community pharmacy.

Introducción

En la actualidad, la utilización masiva de los medicamentos disponibles en el mercado por parte de la población ha reportado grandes beneficios para la salud, pero también ha generado nuevos problemas vinculados a los tratamientos farmacológicos. Estos nuevos problemas de salud no sólo se producen por la aparición de reacciones adversas, sino también por el uso innecesario, la ineficacia prolongada e incluso la falta de utilización de medicamentos en caso de necesidad. En estas situaciones el objetivo terapéutico no se alcanza, generando problemas de morbilidad y mortalidad. Todo ello puede producir situaciones en los pacientes que causen la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM).

Son numerosos los estudios que parecen aportar suficiente evidencia para afirmar que la morbilidad derivada del mal uso de los medicamentos y los costes originados por ésta son de gran magnitud¹⁻⁶, y pueden entenderse como un problema de salud pública que requiere un mejor control de la farmacoterapia a través del seguimiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes.

Los RNM se han definido como los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados a la utilización de medicamentos, pero éstos son, en un elevado porcentaje, prevenibles. Si conseguimos detectar e identificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) antes de que se produzcan, éstos podrían evitarse. El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) puede constituirse en una de las herramientas útiles para reducir la aparición de RNM. El SFT realizado por farmacéuticos comunitarios es una actividad preventiva de primer orden, ya que la vigilancia y el seguimiento del uso de los medicamentos en los pa-

cientes ambulatorios permite detectar precozmente problemas sanitarios que podrían ser graves si no son atajados inicialmente⁷. El SFT se ha definido como el servicio profesional que tiene por objetivo la detección de PRM para la prevención y la resolución de RNM. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente⁸.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la gestión de los servicios de SFT mediante el análisis de los RNM detectados en pacientes de una farmacia comunitaria desde el año 2008, la clasificación de estos RNM en sus diferentes categorías, la evaluación de la eficacia del servicio de SFT prestado por el equipo de farmacéuticos y su comparación con los resultados obtenidos en los diferentes periodos (años 2008, 2009, 2010 y 2011).

Métodos

Estudio observacional prospectivo, no controlado y no aleatorizado, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) desde enero de 2008 hasta diciembre de 2011.

El procedimiento utilizado para el seguimiento de los tratamientos farmacológicos ha sido la metodología Dáder, que tiene protocolizados los procesos y los instrumentos de registro que deben adoptarse para proporcionar SFT a los pacientes. Estos documentos de registro se agrupan básicamente en dos tipos: unos se utilizan como registro documental de la interacción del farmacéutico con el paciente para la obtención de una historia farmacoterapéutica, y otros son los registros de las intervenciones que se realizan con cada paciente para resolver los RNM identificados.

Para clasificar los RNM se ha utilizado el Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM, que propone una clasificación para los RNM en función de los requisitos que todo medicamento debe tener para ser utilizado: que sea necesario, efectivo y seguro⁹ (tabla 1).

Los medicamentos implicados en los RNM se analizaron en función de la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical). Para efectuar el análisis descriptivo de los datos, se utilizó el programa estadístico G-Stat 2.01.

Tabla 1. Clasificación de resultados negativos asociados a la medicación. Tercer Consenso de Granada, 2007

Necesidad:

- Problema de salud no tratado. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita
- Efecto de medicamento innecesario. El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita

Efectividad:

- Inefectividad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación
- Inefectividad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación

Seguridad:

- Inseguridad no cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento
- Inseguridad cuantitativa. El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento

Resultados

En los diferentes periodos del estudio se han detectado un total de 35 RNM en 2008, 41 en 2009, 35 en 2010 y 48 en 2011 (tabla 2). Según la clasificación del Tercer Consenso de Granada, los RNM más frecuentes han sido los de seguridad en 2008 (42,9%), los de necesidad en 2009 (46,3%) y los de efectividad en 2010 (48,6%) y 2011 (43,8%) (tabla 2).

El porcentaje de resolución de los RNM detectados ha sido del 94,3% en 2008, el 82,9% en 2009, el 82,9% en 2010 y el 75% en 2011 (figura 1).

Tabla 2. Distribución de los resultados negativos asociados a la medicación detectados en los diferentes periodos

Dimensión	Tipo	2008 n (%)	2009 n (%)	2010 n (%)	2011 n (%)
Necesidad	Problema de salud no tratado	7 (20)	16 (39)	10 (28,6)	10 (20,8)
	Efecto de medicamento innecesario	1 (2,9)	3 (7,3)	0	1 (2,1)
Efectividad	Inefectividad no cuantitativa	2 (5,7)	3 (7,3)	5 (14,3)	6 (12,5)
	Inefectividad cuantitativa	10 (28,6)	14 (34,1)	12 (34,3)	15 (31,3)
Seguridad	Inseguridad no cuantitativa	7 (20)	2 (4,9)	4 (11,4)	8 (16,7)
	Inseguridad cuantitativa	8 (22,9)	3 (7,3)	4 (11,4)	8 (16,7)
Total		35	41	35	48

Las intervenciones en que se utilizó para la resolución de RNM la vía de comunicación farmacéutico-paciente resolvieron un 100% de los RNM en 2008, un 55,6% en 2009, un 50% en 2010 y un 71,4% en 2011 (figura 2). Con la vía de comunicación farmacéutico-paciente-médico se resolvieron un 93,1% de los RNM en 2008, un 90,6% en 2009, un 84,8% en 2010 y un 73,2% en 2011 (figura 2). El número de RNM detectados por farmacéutico ha seguido la siguiente evolución: 7 en 2008, 8,2 en 2009, 8,8 en 2010 y 9,6 en 2011 (tabla 3).

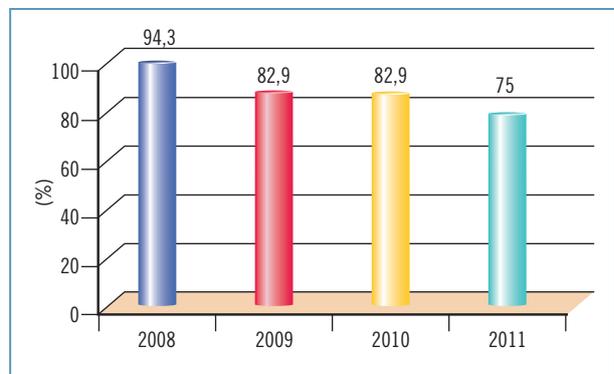


Figura 1. Porcentaje de resolución de los RNM

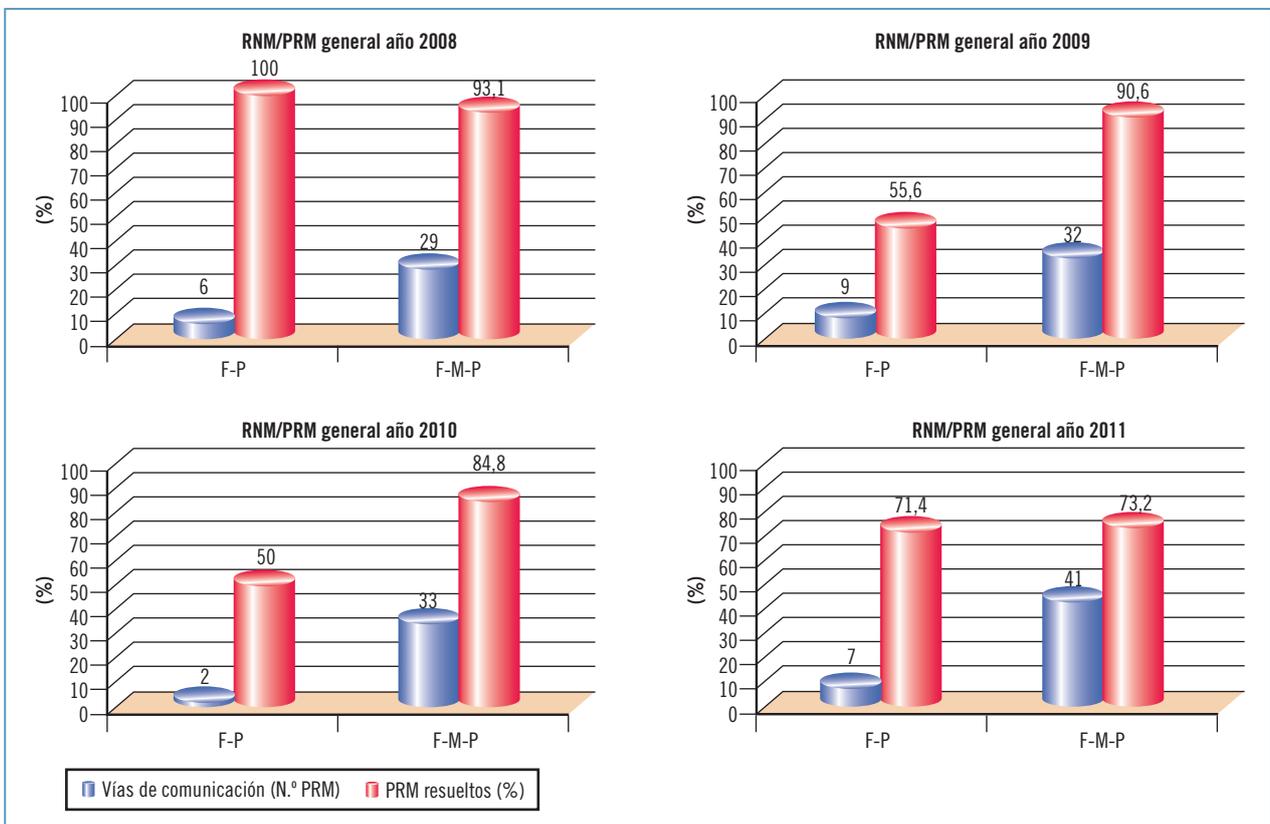


Figura 2. Distribución de las vías de comunicación utilizadas (F-P: farmacéutico-paciente; F-M-P: farmacéutico-médico-paciente) y porcentaje de resultados en los diferentes periodos

En todos los periodos estudiados el grupo terapéutico más implicado ha sido el C09 (fármacos activos sobre el sistema renina-angiotensina), observándose siempre un predominio significativo de los fármacos que actúan sobre el sistema cardiovascular (figura 3).

En la tabla 4 se muestran las causas de los RNM detectados, destacando la probabilidad de efectos adversos y el problema de salud insuficientemente tratado como identificación de los PRM.

Tabla 3. Número de resultados negativos asociados a la medicación por farmacéutico

Periodo	n
2008	7
2009	8,2
2010	8,8
2011	9,6

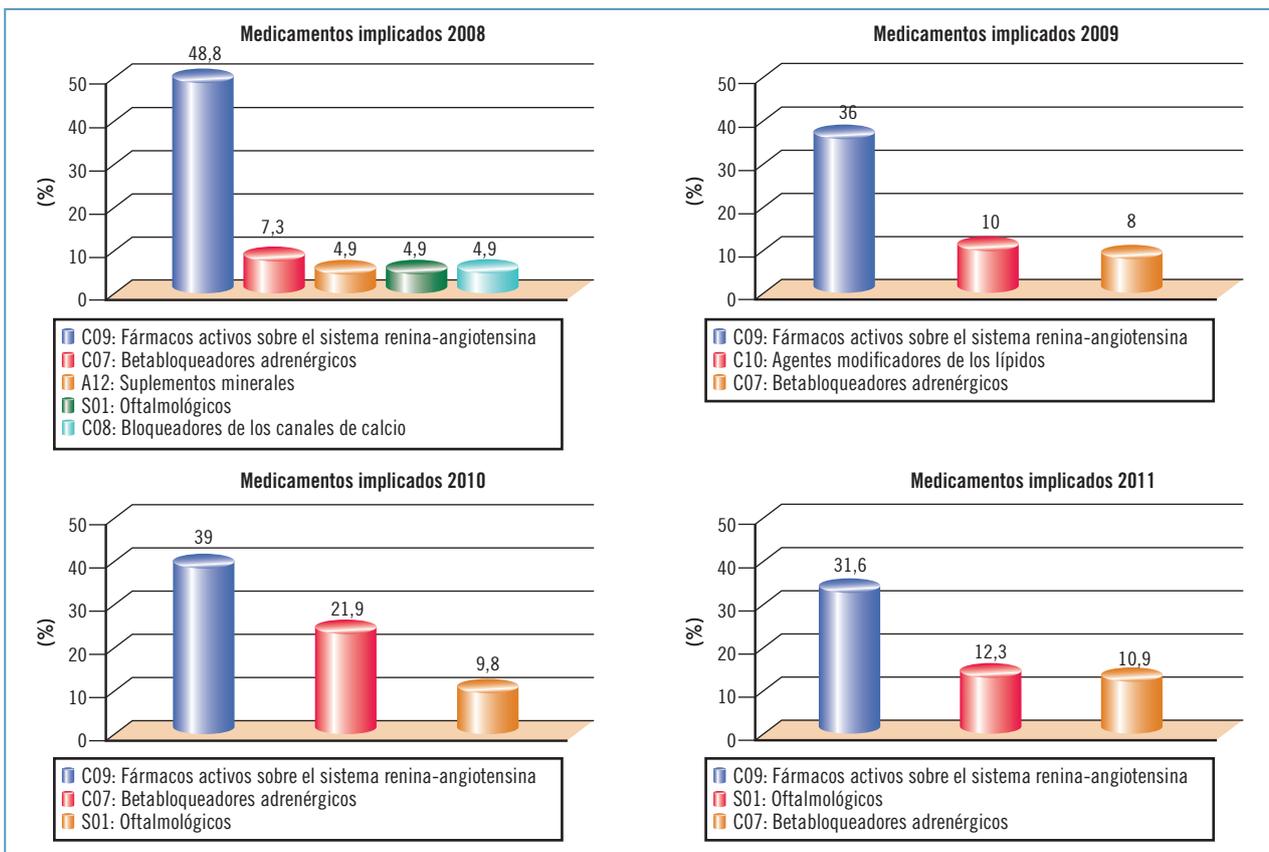


Figura 3. Medicamentos implicados en los RNM

El promedio de medicamentos utilizados por paciente en los diferentes periodos ha sido en 2008 de 4,3, en 2009 de 4,4, en 2010 de 5,9 y en 2011 de 4,7 (tabla 5).

Discusión

Aunque existe un amplio consenso sobre la importancia de implantar los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria, sólo entre un 5 y un 10% de las farmacias comunitarias españolas han adoptado la atención farmacéutica¹⁰. A pesar de este último dato, una de las líneas estratégicas de nuestra farmacia está centrada en el desarrollo del servicio de SFT con el objetivo de contribuir de forma sistemática a la disminución de la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos. Para el desarrollo sistemático de todos los servicios, disponemos desde

Tabla 4. Causas de los resultados negativos detectados asociados a la medicación

	2008	2009	2010	2011
Administración errónea del medicamento	1			
Características personales	3			
Conservación inadecuada				1
Contraindicación				1
Dosis, pauta y/o duración no adecuada	9	8	6	
Duplicidad	2	2	1	5
Errores en la dispensación				
Errores en la prescripción		3		
Incumplimiento	1	8	3	
Interacciones	2			7
Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	11			2
Probabilidad de efectos adversos	6	4	8	14
Problema de salud insuficientemente tratado	5	9	7	19
Otros		11	9	4

2002 de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001 (tabla 6).

Dadas las limitaciones de nuestro estudio (tamaño de la muestra y metodología en la selección de pacientes), no pretendemos comparar sus resultados con los obtenidos en otros trabajos en la detección y resolución de RNM desde la farmacia comunitaria^{11,12}. El objetivo principal de este estudio se centra en evaluar la gestión de la dirección de una farmacia comunitaria respecto a un equipo de cinco farmacéuticos que lleva a cabo SFT. Nuestra farmacia trabaja en la implantación de la atención farmacéutica en su acepción integral, es decir, mediante la mejora del servicio de dispensación y la implantación del servicio de SFT. De ahí la importancia de analizar si la gestión del equipo ha facilitado la implantación de esta atención farmacéutica.

En un trabajo realizado en 2003, en el que se pretendía analizar y clasificar los PRM detectados y valorar las distintas vías de comunicación utilizadas para tratar de resolver los PRM en nuestra farmacia comunitaria¹³, un único farmacéutico detectó un total de 44 PRM y abrió 56 historias farmacoterapéuticas durante 16 meses. Los re-

Tabla 5. Promedio de medicamentos utilizados por paciente

Periodo	Media
2008	4,3
2009	4,4
2010	5,9
2011	4,7

Tabla 6. Relación de servicios ofrecidos

- Dispensación de medicamentos
- Indicación farmacéutica
- Seguimiento farmacoterapéutico
- Detección y comunicación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos
- Cribado de enfermedades:
 - Osteoporosis. Determinación de la densidad mineral ósea mediante densitómetro de ultrasonidos
 - Glaucoma (presión intraocular elevada). Determinación de la presión intraocular mediante tonómetro
 - Diabetes. Determinación de la glucemia capilar
 - Hipertensión arterial
- Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos
- Determinación del INR
- Monitorización ambulatoria de la presión arterial
- Determinación de los indicadores biológicos (glucosa, colesterol, triglicéridos, GPT, creatinina, hemoglobina, ácido úrico)
- Electrocardiograma mediante telemedicina
- Elaboración de planes de alimentación
- Seguimiento farmacoterapéutico específico de Alli 60 mg
- Formulación magistral

INR: *international normalized ratio*.

sultados y conclusiones de este estudio han supuesto un punto de partida para el establecimiento de objetivos de las actividades asistenciales y la incorporación de farmacéuticos del equipo a estas tareas asistenciales, principalmente el SFT.

Con el propósito de que estos servicios cognitivos adquieran una importancia fundamental y se constituyan en componentes básicos y «obligatorios» de la actividad asistencial cotidiana de nuestros farmacéuticos, la dirección ha aportado todos los medios necesarios:

Espacio físico

Se ha intentado que la estructura física de la farmacia no se encuentre demasiado orientada hacia el proceso distributivo y de venta de productos, habilitando una zona de atención personalizada al paciente que garantiza cierta intimidad¹⁴, con capacidad para dos farmacéuticos y cuatro pacientes.

Recursos humanos

Se ha dotado a la farmacia de 5-6 farmacéuticos con capacidad de realizar SFT, que llevan a cabo esta actividad de forma simultánea con el resto de tareas de la farmacia.

Formación

Existe un plan de formación interno que se complementa con actividades formativas externas.

Remuneración

A diferencia del farmacéutico titular, los farmacéuticos del equipo reciben una remuneración por desarrollar SFT. Saben lo que se les va a pagar por cada ficha abierta o por cada RNM detectado. Se ha orientado la remuneración hacia los resultados alcanzados con los servicios cognitivos, de tal forma que existe una remuneración mensual por objetivos conseguidos (tabla 7) y un sistema de méritos profesionales para el desarrollo de carrera interna (tabla 8). Las principales características de los objetivos mensuales son:

- Son objetivos grupales. Cada miembro contribuye a la consecución de las metas trazadas.
- Cada actividad cuantificada tiene una ponderación.
- Existe un tercer tramo de premio para el caso de que un farmacéutico sobrepase los objetivos fijados (premio trimestral individual económico).
- Algunas de las actividades remuneradas se relacionan con el número de historias abiertas, PRM/RNM detectados, tarjetas amarillas notificadas, informes de detección de hipertensos, derivaciones documentadas al médico, inter-

Tabla 7. Objetivos mensuales

Acciones	Objetivo	Pond.	Resultado	Resultado
Historias abiertas	4	35%		
RNM detectados	4	20%		
Tarjetas amarillas	2	5%		
Número de osteoporosis + PIO + factor de riesgo cardiovascular	12	5%		
Informe de detección de HTA	1	2,5%		
Cardiplus (electrocardiograma)	1	5%		
Pacientes con SPD nuevos	1	2,5%		
Número de determinaciones de indicadores biológicos	>15%	5%		
Número de MAPA	2	15%		
Número de intervenciones + interacciones + registros de revisión de medicación	20	5%		

HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PIO: presión intraocular; SPD: sistemas personalizados de dosificación de medicamentos.

venciones farmacéuticas, etc. Con la remuneración de las tarjetas amarillas notificadas se pretende premiar la actividad de farmacovigilancia, entendida como un servicio cognitivo orientado a los resultados de la farmacoterapia¹⁵.

- El premio anual económico por alcanzar la totalidad de los objetivos marcados ha sido de 3.960 euros en 2009, 4.400 en 2010, 3.600 en 2011 y 2.050 en 2012, más 36 días libres por año y farmacéutico.
- El equipo ha conseguido en 2009 un 54,5% de los objetivos totales anuales, un 39,8% en 2010, un 49,4% en 2011 y un 34,4% en 2012.

Equipamiento

En la farmacia se ponen en marcha servicios que son planteados como oportunidades para ofrecer SFT, entre los que destacan los siguientes: sistemas personalizados de dosificación de medicamentos, del que se benefician alrededor de 100 pacientes, la determinación del INR (*international normalized ratio*), la determinación de la presión intraocular (PIO) y la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Hay que tener en cuenta que se determinaron en los cuatro periodos del estudio una media de 225 INR/año y 151 PIO/año, situaciones favorables al ofrecimiento de SFT.

Registros

Se han establecido protocolos, procesos, sistemas de documentación y evaluación de los resultados.

Existen otras situaciones que pueden influir en el desempeño de las actividades asistenciales, como la implantación de la receta electrónica y la robotización de la dispensación de medicamentos. Se podría pensar que este nuevo sistema de prescripción médica nos evitaría dedicar un tiempo a tareas operativas-administrativas de bajo valor, pero parece que no ha influido en la mejora de los resultados. La robotización de la dispensación, implantada desde enero de 2011, permite que el tiempo que antes se invertía en la búsqueda de los medicamentos prescritos se invierta en conocer las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a sus tratamientos farmacológicos. Como se puede observar en la figura 4, la robotización no ha facilitado una mejora en la apertura de historias farmacoterapéuticas. Respecto a los RNM detectados, se ha producido una mejora (figura 5).

La falta de demanda de servicios cognitivos por parte de los pacientes se ha identificado como una barrera para implantar estos servicios¹⁴⁻¹⁶, pero creemos que el aspecto que más influye es el escaso nivel de exigencia de los pacientes respecto a las actuaciones farmacéuticas. Los estudios de satisfacción demuestran que de la farmacia se espera accesibilidad, que tenga el medicamento en *stock*, disponga de un entorno agradable y no haga esperar mucho tiempo a los pacientes para ser atendidos¹⁷. Los farmacéuticos del equipo no pueden mantenerse ajenos a esta demanda de los pacientes, y pueden haberse contagiado de un bajo nivel de exigencia profesional y cuestionarse el ofrecimiento de SFT, especialmente si los pacientes ya están satisfechos con

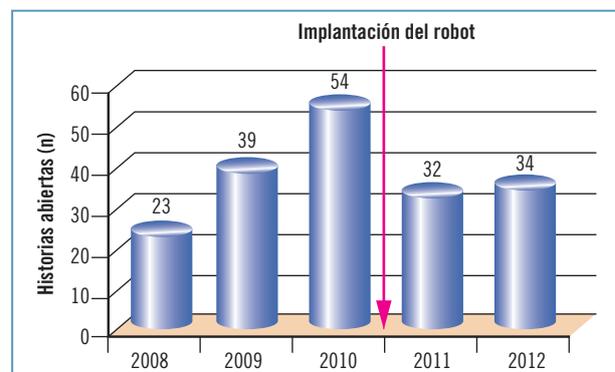


Figura 4. Evolución del número de historias farmacoterapéuticas abiertas

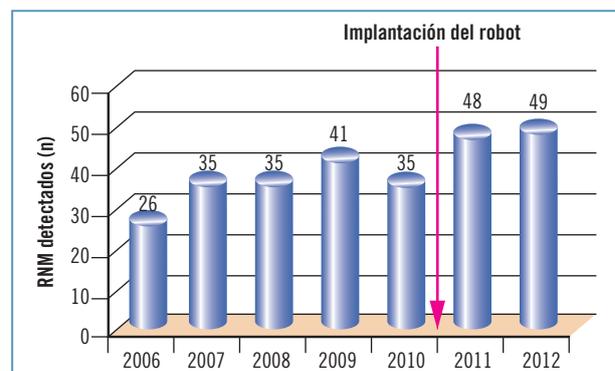


Figura 5. Evolución del número de RNM detectados

Tabla 8. Áreas de evaluación en el sistema de méritos profesionales

Profesionales y de compromiso con la farmacia

- Participante en auditorías del sistema de gestión de calidad (debe figurar su nombre en el informe de auditoría): 0,5 puntos por auditoría
- Preparación de auditorías del sistema de gestión de calidad (preparación del material documental y revisión de los procesos previos a las auditorías): 1 punto por auditoría
- Participación como responsable de acciones correctivas o preventivas finalizadas correctamente: 0,5 puntos por acción
- Participación activa en procesos de autoevaluación del modelo EFQM: 2 puntos por autoevaluación
- Redacción de memoria de actividades de la farmacia según el modelo EFQM: 4 puntos por memoria

Formación continuada

- Evaluaciones del conocimiento realizadas en la propia farmacia (plan de formación interno): 0,2 puntos por evaluación
- Máster universitario de atención farmacéutica: 2,5 puntos
- Curso de experto en seguimiento farmacoterapéutico: 1,5 puntos
- Cursos de formación acreditada: 0,1 puntos por crédito u hora de formación (puntuable en un periodo de 1 año)

Conocimientos por iniciativa propia y compromiso con la profesión

- Pertenecer a SEFAC o a la Fundación Pharmaceutical Care: 1 punto por suscripción
- Pertenecer a un grupo de trabajo oficial (de universidad, sociedad científica o COF): 2 puntos
- Estar suscrito a revistas profesionales (*Boletín Terapéutico Andaluz, Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, PAM, El Farmacéutico*, etc.): 0,5 puntos por suscripción
- Lecturas por iniciativa propia de notas de farmacovigilancia, efectos adversos, nuevos medicamentos, revisiones bibliográficas, etc.: 0,5 puntos por lectura

Investigación

- Comunicaciones en pósteres a congresos, jornadas y simposios: 1,5 puntos por comunicación
- Comunicaciones en pósteres a título individual a congresos, jornadas y simposios: 3 puntos por comunicación
- Ponencias y comunicaciones orales a congresos, jornadas y simposios: 3 puntos por ponencia
- Publicaciones en revistas profesionales revisadas: 2 puntos por artículo
- Publicaciones en revistas profesionales revisadas a título individual: 4 puntos por artículo
- Participación como investigador en un proyecto de investigación certificado por la entidad que lo organice: 1 punto por proyecto
- Participación en la recogida de datos de una investigación de la propia farmacia: 0,1 punto por recogida de datos

Actividades asistenciales

- Intervenciones farmacéuticas documentadas: 0,1 puntos por intervención
- Farmacovigilancia (tarjetas amarillas notificadas): 0,5 puntos por tarjeta amarilla
- Historias farmacoterapéuticas abiertas: 1 punto por historia
- PRM/RNM detectados: 0,5 puntos por RNM
- Charlas educativas desarrolladas en la farmacia y en otros ámbitos (guarderías, escuelas...): 1,5 puntos por charla
- Derivaciones clínicas documentadas al médico: 0,5 puntos por derivación
- Elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales: 0,1 puntos por fórmula elaborada
- Revisiones de medicaciones realizadas (pacientes con SPD): 0,5 puntos por revisión
- Elaboración de fichas de dispensación: 0,5 puntos por ficha

PRM: problemas relacionados con los medicamentos; RNM: resultado negativo asociado al uso de medicamentos; SPD: sistemas personalizados de dosificación de medicamentos.

la oferta de la farmacia. La información al paciente, que siempre debe acompañar a la dispensación, mejora la entrega del medicamento, pero no conlleva el total cumplimiento de la función de farmacéutico asistencial por la que ha sido incorporado al equipo¹⁸. Este tipo de actuación no da totalmente una respuesta a la principal línea estratégica de la farmacia: intentar disminuir de forma sistemática la morbimortalidad asociada al uso de medicamentos, que se puede realizar directamente desde el SFT.

Un grupo de farmacéuticos de Sevilla encontraron que una de las principales barreras para realizar el servicio de SFT es que el farmacéutico a cargo de la farmacia no es el titular y no tiene autonomía para desempeñarlo. Otra

de las barreras a las que hicieron referencia los farmacéuticos sevillanos que han abandonado la práctica de la atención farmacéutica es la falta de tiempo, de espacio en la farmacia, de remuneración, de consenso en los procedimientos de trabajo y de colaboración del equipo de la farmacia, así como de los pacientes y los médicos¹⁹. Podemos afirmar que en nuestra farmacia no se produce la situación mencionada, pues contamos además con la total colaboración del equipo de farmacéuticos. Nuestro objetivo actualmente está centrado en mejorar la rentabilidad del equipo farmacéutico en las tareas asistenciales.

Aunque puede parecer interesante el hecho de que el 84,9% de los RNM fueron resueltos con la participación del médico, por cuanto supone un trabajo en equipo y muestra cierta colaboración multidisciplinaria (un 82,9% en 2008, un 78% en 2009, un 94,3% en 2010 y un 85,4% en 2011), es necesario dar a conocer este servicio cognitivo mediante reuniones periódicas entre farmacéuticos del equipo y los médicos de atención primaria, con el fin de alcanzar una mayor integración en el equipo multidisciplinario de salud. Para la implantación del servicio de SFT no es conveniente centrar toda la responsabilidad en el paciente para su divulgación; es nuestra farmacia la que debe ofrecerse a los médicos del sistema sanitario de nuestro entorno, y no utilizar tanto al paciente para su implantación.

Una de nuestras principales líneas estratégicas está fundamentada en el desarrollo del SFT, por lo que es imprescindible mejorar la rentabilidad del esfuerzo formativo y económico que supone disponer de cinco farmacéuticos adjuntos, aumentando el número de historias farmacoterapéuticas abiertas y RNM detectados. Nuestros costes salariales se sitúan en torno al 13% de las ventas, lo que justifica todavía más la necesidad de rentabilizar y obtener mejores resultados asistenciales. Podemos considerar que el servicio de SFT está implantado y mantiene cierta continuidad, pero debe mejorar respecto a la incorporación de más pacientes y la capacidad de detección de RNM. El problema puede situarse en la dirección, que tiende a un modelo de atención farmacéutica y de implantación de servicios cognitivos, entre los que destaca el SFT ideal, y para lo cual es necesario desempeñar todavía un mayor esfuerzo. Partiendo del estudio inicial¹³, en el que un único farmacéutico fue capaz de registrar 44 intervenciones ante sospechas de PRM y abrir 56 historias en un periodo de 16 meses, hemos considerado que un equipo compuesto por cinco farmacéuticos debería ser capaz de registrar entre 120 y 160 intervenciones ante sospechas de RNM y abrir un mínimo de 60 historias en 1 año. Aunque existe una tendencia ascendente en el número de RNM detectados por farmacéutico (tabla 3), el valor obtenido de 9,6 RNM por farmacéutico al año es un dato claramente mejorable.

También pensábamos que la orientación de una remuneración hacia resultados alcanzados con los servicios cognitivos cambiaría la tendencia de los indicadores principales (número de historias abiertas y RNM detectados). Una parte importante, o al menos significativa, de los ingresos de los farmacéuticos del equipo se obtiene por el desempeño de las actividades asistenciales o servicios cognitivos, por lo que deberemos mejorar la motivación del equipo farmacéutico en este sentido.

Para establecer comparaciones con otras farmacias, sería interesante disponer de indicadores; por ejemplo, el número de historias abiertas frente al número de operaciones o el número de prescripciones médicas. En nuestro caso, nos parece que el número de historias abiertas o RNM detectados frente a la media de operaciones anuales de los 4 periodos (83.602 operaciones/año) confirma la idea de que este indicador es claramente mejorable. Si lo comparamos con el promedio de prescripciones médicas de los 4 periodos estudiados (77.819 prescripciones/año), llegamos a la misma conclusión.

En un futuro sería interesante que los farmacéuticos del equipo, cuando consiguieran ser titulares de nuevas farmacias, contribuyeran a la implantación de la atención farmacéutica, que se ha ido demorando por múltiples causas.

El principal grupo de medicamentos implicado en los RNM han sido los antihipertensivos, debido fundamentalmente a que el seguimiento de la terapia farmacológica se ofrece en mayor medida a pacientes con hipertensión arterial, cuyo indicador de efectividad es fácilmente medible en la farmacia.

D. Barris Blundell

Conclusiones

Es imprescindible mejorar la rentabilidad del esfuerzo formativo y económico que supone disponer de un equipo de cinco farmacéuticos adjuntos, aumentando el número de historias farmacoterapéuticas abiertas y RNM detectados.

Bibliografía

- García V, Marquina I, Olabarrí A, Miranda G, Rubiera G, Baena MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farm Hosp.* 2008; 32(3): 157-162.
- Ramos S, Díaz P, Mesa J, Núñez S, Suárez M, Callejón G, et al. Incidencia de resultados negativos de medicación en un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Farm Hosp.* 2010; 34(6): 271-278.
- Tuneu L, García M, López S, Serra Guillermo, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp.* 2000; 2: 177-192.
- Baena MI, Faus MJ, Marín R, Zarzuelo A, Jiménez J, Martínez J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2005; 124(7): 250-255.
- Takahashi PSK, Sousa AB, Storpirtis S. Evaluation of negative outcomes associated with medication (NOM) by pharmacists at a home assistance programme in a Brazilian teaching hospital. *Farm Hosp.* 2011; 35(6): 316.e1-316.e10.
- Martínez MV, Flores M, Espejo J, Jiménez P, Martínez F, Bernabé E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44(3): 128-137.
- Álvarez de Toledo F, Arcos P, Eyaralar T, Abal F, Dago A, Cabiedes L, et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75: 375-388.
- Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, enero de 2008. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; ISBN 978-84-691-1243-4.
- Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007; 48(1): 5-17.
- Zardain E, Olivo M, Loza MI, García E, Lana A, Markham WA, et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of pharmaceutical care in Spain. *Pharm World Sci.* 2009; 31: 174-182.
- Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria.* 2005; 36(3): 129-136.
- Vázquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter.* 2004; 2(3): 189-194.
- Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharmaceutica.* 2003; 44(3): 225-237.
- Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj S, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria.* 2007; 39(9): 465-472.
- Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia P, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. *Seguim Farmacoter.* 2005; 3(2): 65-77.
- García de Vicuña B. Barreras que impiden el desarrollo de la atención farmacéutica. *El Farmacéutico.* 2002; 281: 55-60.
- Gastelurrutia MA, de San Vicente OG, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernández-Llimós F. Customers expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci.* 2006; 28(6): 374-376.
- Gastelurrutia MA, Casado de Amezua MJ. Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal. *Aula de Farmacia.* 2008; 52-57.
- Plaza L, Herrera J. El nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp.* 2003; 5: 160-165.