

Burgos y la continuidad asistencial

Estimados compañeros y colegas boticarios y amigos de ciencias afines, como ya sabéis el próximo Congreso de Atención Farmacéutica se celebrará en Burgos en octubre de 2017 y tiene como lema la atención farmacéutica y la continuidad asistencial.

Cada vez es más frecuente que un mismo paciente reciba la atención farmacoterapéutica de profesionales sanitarios que actúan a distintos niveles asistenciales: el ingreso o el alta hospitalaria, la atención de un médico especialista, o el ingreso en un centro sociosanitario son momentos críticos en los que resulta especialmente eficiente reforzar los protocolos destinados a optimizar el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Todos los farmacéuticos somos conscientes del incremento en el riesgo cuando se produce la transición entre niveles asistenciales, sin embargo la protocolización de los procesos y la implementación de mecanismos eficaces de comunicación supondría la prevención de muchos PRM con potencialidad de producir un problema de salud en el paciente antes de que éste llegue a producirse.

En este sentido las sociedades científicas y las organizaciones colegiales podemos actuar en tres frentes de manera coordinada: Elaborando protocolos para homogeneizar la atención farmacéutica entre todos los profesionales responsables, implementando mecanismos eficaces que permitan establecer unos canales de comunicación rápidos y seguros y propiciando la coordinación entre profesionales e instituciones para generar sinergias que posibiliten estas mejoras.

Dichos protocolos deberían incluir un registro unificado con la información farmacoterapéutica del paciente al producirse la transición asistencial y un mecanismo de comunicación entre niveles asistenciales, siendo éste especialmente necesario entre el

farmacéutico hospitalario y el farmacéutico comunitario, ya que el alta hospitalaria es un momento crítico. Además es necesario garantizar la formación adecuada de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial, especialmente en aquellos aspectos relacionados con terapias complejas como los medicamentos biológicos.

Comunicación, coordinación, y formación. Son tres aspectos claves sobre los que trabajar para garantizar que la continuidad asistencial no deriva en un incremento significativo de los PRM y RNM derivados de errores en el proceso farmacoterapéutico. En Burgos trataremos de aportar algo de luz sobre estos aspectos, e intentaremos seguir trabajando para incrementar la calidad asistencial del farmacéutico en todos los niveles asistenciales.

Carlos Treceño Lobato

Patrono Fundación Pharmaceutical Care

Presidente Comité Científico X Congreso Nacional de Atención Farmacéutica

■ ORIGINAL

Barreras para la implementación de la Atención Farmacéutica en establecimientos farmacéuticos de Cusco, Perú

Barriers to the implementation of pharmaceutical care in pharmacies in Cusco, Peru

Alvarez-Risco A¹, Turpo-Cama A², Ortiz-Palomino L², Gongora-Amaut N², Del-Aguila-Arcentales S¹

¹ Universidad Sanmartín de Porres, Perú. Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos

² Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica.

RESUMEN

Introducción: Después de más de 25 años de la propuesta de Atención Farmacéutica, un gran porcentaje de establecimientos farmacéuticos no logran la implementación, siendo necesario determinar las barreras usuales para formular estrategias que permitan la implementación y desarrollo.

Objetivos: Determinar los factores que impiden la implementación de la Atención Farmacéutica en establecimientos farmacéuticos en los distritos de Cusco y Wanchaq, departamento de Cusco

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado mediante una encuesta dirigida a 95 químicos farmacéuticos colegiados en Cusco (distrito Cusco: 44; distrito Wanchaq: 51) y que laboran en farmacias y boticas y asimismo a 46 propietarios de farmacias y boticas. Se elaboraron dos fichas de recolección de datos (cuestionario y encuesta) que fueron validados por expertos. Los resultados obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS V.22.

Resultados: El 63,2% de los químicos farmacéuticos fueron mujeres, la edad promedio fue 32.2 (DE: 6.027). Ninguno de los químicos farmacéuticos realizaron maestría o doctorado en Atención Farmacéutica; solo es 7.4% realizó un diplomado en Atención Farmacéutica. El 88.4% estaba satisfecho con la elección de su profesión; el 93.7% afirma que la formación universitaria no es suficiente para realizar la Atención Farmacéutica. El 81.1% está insatisfecho con el ingreso mensual que percibe.

Fecha de recepción 06/06/2016 Fecha de aceptación 13/09/2016
Correspondencia: Aldo Alvarez Risco
Correo electrónico: aalvarezr@usmp.pe

Conclusión: La falta de materiales e infraestructura, insuficiente tiempo, mal salario y la necesidad de aprobación de los propietarios fueron los factores fundamentales que impiden la implementación de la Atención Farmacéutica

Palabras clave: Atención Farmacéutica, farmacias, implementación, Perú

ABSTRACT

Introduction: More than 25 years after the pharmaceutical care proposal, a large percentage of pharmacies fail to its implementation which makes necessary to determine the usual barriers to create strategies that contribute to its setting-up and its development.

Objectives: To determine the factors impeding the implementation of pharmaceutical care in pharmacies in Cusco and Wanchaq districts, Cusco's department.

Methods: It was carried out an observational, descriptive and cross-sectional study based on a survey addressed to 95 pharmaceutical chemists registered in Cusco (Cusco district: 44; Wanchaq district: 51) who work in pharmacies and also to 46 pharmacies' owners. Two pieces of data collection (questionnaire survey) validated by experts were developed. The results were processed in SPSS V.22.

Results: 63.2% of the pharmaceutical chemists were women, the mean age was 32.2 (SD: 6.027). None of them did a master or a doctorate in pharmaceutical care. Just 7.4% held a diploma in pharmaceutical care. 88.4% were satisfied with the occupation of their choice; 93.7% said that university education is not enough for pharmaceutical care development. 81.1% are dissatisfied with the monthly income received.

Conclusion: The lack of materials and infrastructure, the insufficient time, the poor wages and the need for approval of the owners were the key factors that prevent the implementation of pharmaceutical care.

Key words: Pharmaceutical Care, pharmacies, implementation, Peru

INTRODUCCIÓN

En el Perú, se cuenta con la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios² aprobada en el año 2009.

Es amplia la evidencia de los beneficios de la Atención Farmacéutica sobre la efectividad^{1,5} y seguridad^{1,6,7} de los tratamientos farmacológicos. Debido a ello, se necesita tener documentos regulatorios y especialmente la implementación real de estas normativas.

Existen leyes en el Perú que respaldan la realización de la Atención Farmacéutica y las funciones de los Químicos Farmacéuticos, en las que se encuentran: La Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico N° 28173⁸

Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459⁹ y la Política Nacional de Medicamentos¹⁰.

Estos documentos detallan las funciones del Químico Farmacéutico respecto a brindar atención farmacéutica en farmacias del sector público y privado, así como cumplir y promover las Buenas Prácticas de Dispensación y Buenas Prácticas de Seguimiento Farmacoterapéutico, conformando las Buenas Prácticas de Atención Farmacéutica. Sin embargo, los resultados pueden ser limitados mientras los farmacéuticos no estén presentes en sus farmacias, tal como exige la ley (Álvarez-Risco, 2007).

Los establecimientos farmacéuticos en los cuales se dispensan medicamentos son de dos tipos según la regulación del Perú: Farmacia y Botica. Para que el establecimiento se denomine Farmacia debe ser de propiedad de un profesional químico farmacéutico. Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios N° 29459¹¹.

Se estima que diversos factores imposibilitan la implementación de la Atención Farmacéutica, y son distintos en cada país, siendo necesario conocer dichos factores. Por tal razón, el presente estudio tiene como objetivo conocer los factores que impiden la implementación de la Atención Farmacéutica en las farmacias y boticas en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población y Muestra 1: Farmacéuticos

Criterios de selección

Farmacéuticos colegiados en el Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Cusco, que laboran en farmacias y boticas de los distritos de Cusco y Wanchaq, en el departamento de Cusco.

Población y muestra de estudio

Población de estudio

184 farmacéuticos cumplieron los criterios de selección siendo 86 del distrito de Cusco y 98 del distrito de Wanchaq.

Tamaño de muestra

Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado para determinar con afijación proporcional al tamaño de la población de farmacéuticos que laboran en sus establecimientos. Se determinó el tamaño de la muestra, los cuales distribuidos del siguiente modo: distrito de Cusco: 44; distrito de Wanchaq: 51.

Instrumento para muestra 1

Para el diseño del cuestionario de la muestra 1, los investigadores determinaron incluir preguntas que faciliten responder a los siguientes elementos:

a) Nivel de capacitación posgrado que tiene respecto a la Atención Farmacéutica

Conocer el tipo de capacitación posterior a la salida de la universidad permite determinar si la barrera es formativa.

b) Satisfacción respecto a la profesión

Conocer el nivel de satisfacción permite determinar si la barrera depende de si está satisfecho con sus labores diarias y esperar que la insatisfacción explique la falta de implementación.

c) Cargo que desempeña en la farmacia

Conocer el cargo que desempeña permite conocer el nivel de independencia que puede tener para iniciar las actividades clínicas dirigidas al paciente.

d) Satisfacción profesional al brindar la Atención Farmacéutica

Conocer si el desarrollo de servicios clínicos hacia los pacientes es un factor de mejora de la satisfacción profesional.

e) Formación universitaria para brindar la Atención Farmacéutica

Conocer si se considera suficiente la formación universitaria pregrado que se ha recibido para brindar la Atención Farmacéutica y determinar estrategias para cambiar esta realidad.

f) Factores personales que impiden la implementación de la Atención Farmacéutica

Conocer estos factores personales permite conocer la razón de fondo de falta de implementación y permite desarrollar estrategias articuladas para superar estos factores.

El cuestionario 1 se encuentra en el Anexo 1.

Población y Muestra 2: Propietarios de farmacias y boticas

Criterios de selección

Propietarios de farmacias y boticas de los distritos de Cusco y Wanchaq, en el departamento de Cusco.

Población y muestra de estudio

Población de estudio

46 propietarios de farmacias y boticas en Cusco y Wanchaq

10 propietarios de farmacias (3 Cusco, 7 Wanchaq)

36 propietarios de boticas (16 Cusco, 20 Wanchaq)

Tamaño de muestra

Se utilizó el muestreo probabilístico estratificado para determinar con afijación proporcional al tamaño de la población de propietarios. Se determinó el tamaño de la muestra. El cálculo del tamaño de muestra dio 21 propietarios, los cuales fueron distribuidos del siguiente modo:

-Farmacias 6 (Cusco: 2; Wanchaq: 4)

-Boticas 15 (Cusco: 6; Wanchaq: 9)

Instrumento para muestra 2

Para el diseño del cuestionario de la muestra 2, los investigadores determinaron incluir preguntas que faciliten responder a los siguientes elementos:

a. Disponibilidad del servicio de Atención Farmacéutica

Conocer la opinión del dueño permite entender si considera que existe o no algún tipo de servicio diferenciado hacia el paciente.

b. Disposición a implementar la Atención Farmacéutica en la botica

Conocer la opinión del dueño permite entender si considera que existe o no algún tipo de servicio diferenciado hacia el paciente.

c. Negativa de la implementación de Atención Farmacéutica

Conocer las razones de las negativas de implementación por parte del dueño permite conocer los aspectos críticos a trabajar para lograr superar esta barrera crucial.

El cuestionario 2 se encuentra en el Anexo 2.

RESULTADOS

El 63,2% de los farmacéuticos fueron mujeres, con el 64% de farmacéuticos en el rango de 24 -33 años, siendo el promedio de 32.2 años (DE: 6.027). Se reportó que el 51,6% trabaja como Director Técnico. Asimismo, ninguno de los farmacéuticos realizó maestría o doctorado en Atención Farmacéutica; el 7,4% realizó un diplomado en Atención Farmacéutica y el 34% algún curso específico de corta duración. El 11,6% se sentía insatisfecho con la elección de la carrera profesional. Un aspecto importante a ser considerado como una razón de falta de satisfacción profesional fue el salario, lo cual se ve reafirmado ya que el porcentaje de farmacéuticos insatisfecho con su salario fue del 17,9%

La formación universitaria es otras de las barreras, habiéndose evidenciado que el 93,7% de los encuestados afirma que la formación universitaria no fue suficiente para realizar la atención farmacéutica.

Factores que impiden la implementación	Porcentaje
No cuento con los equipos y/o materiales necesarios	26,7%
No cuento con el tiempo suficiente	24,4%
No cuento con la infraestructura necesaria	17,8%
No me siento capacitado	15,6%
No me siento motivado	13,3%

Factores que impiden la implementación a los químico farmacéuticos
Tabla 1

La Tabla 1 muestra los factores descritos por los farmacéuticos que impiden la implementación de la atención farmacéutica.

El 20% de propietarios de boticas piensa que tiene implementada la Atención Farmacéutica, no siendo así. Esto a diferencia del 50% de farmacias cuyos propietarios son farmacéuticos.

El 86.7% de propietarios de boticas y el 100% de propietarios de farmacias apoyarían y promocionarían la Atención Farmacéutica.

La Tabla 2 muestra las razones de los dueños para la falta de implementación de la atención farmacéutica en sus establecimientos.

Causas de la no implementación	Porcentaje	Porcentaje
	No cuento con el capital suficiente para implementarla	33,3%
No cuento con la infraestructura adecuada	33,3%	50,0%
Considero que sería un gasto la implementación de este servicio	8,3%	0,0%
Considero que no generaría ganancias en mi establecimiento	8,3%	0,0%
No tengo conocimiento suficiente sobre Atención Farmacéutica	4,2%	0,0%
Considero que es innecesario	8,3%	0,0%
Los pacientes no aceptarían este servicio	4,2%	0,0%
No hay tiempo suficiente para poder implementarla	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%

Causas de la no implementación por parte de los propietarios
Tabla 2

DISCUSIÓN

La ausencia de equipos necesarios para brindar la Atención Farmacéutica reportados en el presente estudio (26,7%) también fue descrita por El Jahh¹² (52%), Mehralian¹³ (81%) y Uema¹⁴ (10%). En relación a la falta de tiempo para la atención farmacéutica, el estudio actual reportó 24,4% lo cual también fue informado por El Jahh¹² (74%), Mehralian¹³ (76.2%), Uema¹⁴ (82%), Ung¹⁵ (76%), Arubuz¹⁶ (53.6%) y Liekens¹⁷ (56.2%).

La falta de infraestructura en la presente investigación se señaló que era 17.8%, siendo también reportado por El Jahh¹² (67%), Mehralian¹³ (68.5%), Uema¹⁴ (25%), Ung¹⁵ (79%) y Arubuz¹⁶ (57.7%).

El presente estudio evidenció el 13,3% como barrera debida a la falta de motivación, también siendo antes reportado por El Jahh¹² (54%), Mehralian¹³ (81%) y Uema¹⁴ (14%).

El 15,6% de los farmacéuticos en la investigación actual reportaron como barrera el no sentirse capacitados, barrera también descrita en el estudio de El Jahh¹² (33%), Mehralian¹³ (78.8%), Uema¹⁴ (56%), Ung¹⁵ (29%), Arubuz¹⁶ (80.4%) y Liekens¹⁷ (57.7%).

Las investigaciones previas también han relacionado a los errores de prescripción descritos por Alvarez-Risco¹⁸ como barreras para la provisión de atención farmacéutica a los pacientes.

La importancia de evaluar las barreras de implementación tiene distintos niveles:

Nivel educativo

Se necesita tomar en cuenta que los datos del presente estudio como en otros reportes los farmacéuticos mencionan que requieren más capacitación. Esto pone en evidencia la urgente necesidad de evaluar si los farmacéuticos que actualmente están egresando de las universidades tienen las competencias mínimas para poder detectar, prevenir y resolver resultados clínicos negativos. Se requerirán investigaciones posteriores enfocadas en determinar el tipo específico de brechas educativas que existen en las universidades, tomando en cuenta el número de cursos enfocados en las actividades de atención farmacéutica, el porcentaje de actividades prácticas frente al paciente (horas/paciente, las cuales se podría esperar que al menos puedan ser 300 antes de terminar la carrera), reporte y publicación de resultados preliminares, torneos clínicos, etc. Se debe asegurar que las competencias que se deben desarrollar sean las clónicas y las comunicacionales.

Nivel gremial

Se requiere, asimismo, que los colegios profesionales tengan como eje programático de sus planes operativos asegurar que exista un mejor posicionamiento gremial entre los demás profesionales de la salud, a fin que puedan darse mejores condiciones para la implementación. También es relevante el desarrollo de actividades conjuntas: investigaciones de campo y campañas multidisciplinarias que permitan evidenciar el aporte clínico de los farmacéuticos, para lograr que el resto de profesionales tengan claro el papel profesional farmacéutico y estén más dispuestos a interrelacionarse durante la implementación.

Disposición de los farmacéuticos versus los propietarios

Se pudo evidenciar que a pesar que la mayoría de farmacéuticos no cuenta con una capacitación específica para brindar Atención Farmacéutica, que solo el 6.3% considera que la formación pre grado fue suficiente para brindar Atención Farmacéutica y que el 82.1% estaba insatisfecho con su salario, el 88.4% de los farmacéuticos se sentían satisfechos de la elección de la carrera profesional. Esto contrasta claramente con el enfoque. Al comparar las razones por las cuales los farmacéuticos no brindan la Atención Farmacéutica, los farmacéuticos señalan que las barreras son los materiales y el tiempo; sin embargo, los propietarios de boticas principalmente centran sus razones en el tema económico. El empresariado de las boticas tiene claro que sí no logra contar con evidencias que los servicios clínicos a los pacientes le genere algún beneficio concreto no apostarán por implementación de la atención farmacéutica.

A pesar que el tema económico sea importante en la sostenibilidad de las farmacias y boticas, el compromiso de los farmacéuticos realmente es el componente que hará la diferencias puesto que superado el tema económico, son los farmacéuticos y su calidad profesional acompañado a su capacitación los que terminarán definiendo el éxito de la implementación.

CONCLUSIÓN

La falta de materiales e infraestructura, insuficiente tiempo, mal salario y la necesidad de aprobación de los propietarios fueron los factores fundamentales que impiden la implementación de la Atención Farmacéutica. Los resultados revelan que aún existe una brecha a ser cubierta con estrategias innovadoras que permitan mejorar la formación universitaria de los farmacéuticos tanto en los temas terapéutico como los de comunicación, implementar programas de formación con un importante porcentaje de actividad práctica con el paciente y finalmente, se requiere evaluar las experiencias en cada país para evaluar a fondo las acciones que se vienen desarrollando, las normativas vigentes y el nivel de implementación pues el único modo de superar las barreras es realizar un trabajo coordinado a nivel nacional y regional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maidana GM, Lugo GB, Vera Z, Pérez S, Mastroianni PC. Evaluación de un programa de Atención Farmacéutica en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Pharm Care Esp. 2016; 18(1): 3-15
2. Roman AJ, Vicente EM. Optimización de la farmacoterapia y health coaching en paciente diabético tipo 2 mal controlado. Pharm Care Esp. 2016; 18(2): 75-80
3. Gonzalez-Lopez JL, Suárez B. Intervención farmacéutica sobre Resultados negativos asociados a la medicación de necesidad, ineffectividad e inseguridad del tratamiento en un paciente polimedcado incluido en el del programa conSIGUE-Implantación. Pharm Care Esp. 2015; 17(2): 343-350
4. Figuereido IV, Moteiro C, Castel-Branco MM, Caramona MM, Fernandez-Llimos F. Seguimiento de pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de atención primaria de salud. Pharm Care Esp. 2014; 16(2): 39-48
5. M.aA. Rodríguez Bonnín, I. Iglesias Peinado, J. Benedí González. Atención farmacéutica a pacientes en tratamiento con AINE. Pharm Care Esp. 2013; 15(4): 130-139
6. Mejía-Acosta N, Alvarez-Risco A, Solis-Tarazona Z, Matos-Valerio E, Zegarra-Arellano E, Del-Aguila-Arcenales S. Pharm Care Esp. 2016; 18(2): 67-74
7. Sevillano LG, Madrigal EA. Estudio de las reacciones adversas de los anticonceptivos hormonales desde la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2014; 16(3): 98-109
8. Colegio Químico Farmacéutico del Perú. Ley del Trabajo del Químico Farmacéutico del Perú [Internet]. Lima: CQFP; 2006 [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Ley-28173.pdf>
9. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud. Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. [Internet]. Lima: DIGEMID-MINSA; 2009 [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf>
10. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud. Política Nacional de Medicamentos. [Internet]. Lima: DIGEMID-MINSA; 2004 [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/0800005.pdf>

11. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud. Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. [Internet]. Lima: DIGEMID-MINSA; 2009 [citado el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Upload/Uploaded/PDF/Ley29459.pdf>
12. El Hajj MS, AL-Saeed HS, Khaja M. Qatar pharmacists' understanding, attitudes, practice and perceived barriers related to providing pharmaceutical care. *Int J Clin Pharm*. 2016; 38(2): 330-343
13. Mehralian G, Rangchian M, Javadi A, Peiravian F. Investigation on barriers to pharmaceutical care in community pharmacies: a structural equation model. *Int J Clin Pharm*. 2014; 36:1087–1094
14. Uema SA, Vega EM; Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci*. 2008; 30:211–215
15. Ung COL, Chao CK; Hu Y, Zhao J, Li P, Wang Y, Hu H. Community pharmacists' understanding, attitudes, practice and perceived barriers related to providing pharmaceutical care: A questionnaire-based survey in Macao. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*. 2016; 15 (4): 847-854
16. AbuRuz S, Al-Ghazawi M, Snyder A. Pharmaceutical care in a community-based practice setting in Jordan: where are we now with our attitudes and perceived barriers? *International Journal of Pharmacy Practice*. 2012; 20:71–79
17. Liekens S, Smits T, Laekeman G, Foulon V. Pharmaceutical care for people with depression: Belgian pharmacists' attitudes and perceived barriers. *Int J Clin Pharm*. 2012; 34:452–459
18. Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcenales S. Errores de prescripción como barrera para la Atención Farmacéutica en establecimientos de salud públicos: Experiencia Perú. *Pharm Care Esp*. 2015; 17(6): 725-731

Anexo 2 ENCUESTA PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE IMPIDEN LA IMPLEMENTACIÓN POR PARTE DE LOS PROPIETARIOS DE BOTICAS

1. ¿Ud. cuenta con el servicio de Atención Farmacéutica en su establecimiento?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es NO, responda la siguiente pregunta.

2. ¿Si Ud. no cuenta con el servicio de Atención Farmacéutica, estaría dispuesto a implementarla en su establecimiento?

- a) Sí
- b) No

Si su respuesta es NO, Indique el por qué:

- a) No cuento con el capital suficiente para implementarla
- b) No cuento con la infraestructura adecuada
- c) Considero que sería un gasto la implementación de este servicio
- d) Considero que no generaría ganancias en mi establecimiento
- e) No tengo conocimiento suficiente sobre Atención Farmacéutica
- f) No sé qué es Atención Farmacéutica
- g) No cuento con un Químico Farmacéutico capacitado para realizarlo
- h) Considero que es innecesario
- i) Los pacientes no aceptarían este servicio

3. ¿Ud. apoyaría y promocionaría la Atención Farmacéutica en su establecimiento?

- a) Sí
- b) No

Si respuesta es NO, indique por qué no apoyaría ni promocionaría:

.....

4. ¿Ud. estaría dispuesto a contratar un Químico Farmacéutico para implementar este servicio?

- a) Sí
- b) No

Si respuesta es NO, indique el por qué:

- a) Yo me siento capacitado para realizarlo
- b) El Químico Farmacéutico no está capacitado para realizarlo
- c) No hay Químicos Farmacéuticos suficientes
- d) Es innecesario

■ Original

Resultados del servicio de cribado de pacientes hipertensos y de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en una farmacia comunitaria

Results of the screening and the Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) services of hypertensive patients in a community pharmacy

Barris Blundell D.

Farmacéutico comunitario. Farmacia Zarzuelo, Benalmadena (Malaga)

ABREVIATURAS

Hipertensión arterial (**HTA**). Presión arterial (**PA**). Monitorización ambulatoria de la presión arterial (**MAPA**). Enfermedad cardiovascular (**ECV**)

RESUMEN

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en el servicio de cribado de pacientes hipertensos y de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de una farmacia comunitaria durante 24 meses (años 2012 y 2013).

Métodos: Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) durante 24 meses (años 2012 y 2013). Se incluyeron pacientes de la farmacia mayores de 18 años con y sin tratamiento farmacológico a los que se ofreció el servicio de MAPA y/o el de cribado de pacientes hipertensos

Resultados: Se han realizado 38 MAPA. En un 60,5 % de los pacientes la MAPA se utilizó como seguimiento del tratamiento antihipertensivo y en el 39,5 % restante como cribado. Un 39,5% (n=15) de pacientes presentaron patrón non dipper, un 34,2 % (n=13) riser, un 21,0% (n=8) dipper y un 5,3 % (n=2) extreme dipper. Tras la remisión al médico con los resultados obtenidos, el 21,0 % (n=8) de los pacientes sufrió modificaciones en su tratamiento.

Fecha de recepción 29/06/2016 Fecha de aceptación 16/09/2016

Correspondencia: Damiá Barris

Correo electrónico: damiabarris@gmail.com

Barris Blundell D.

Se han abierto 48 informes de detección de hipertensos ocultos. Un 41,7 % de estos informes fue completado y enviado al médico para su valoración. De estas derivaciones al médico un 60,0 % acudió nuevamente a la farmacia y el 40,0 % restante se desconoce qué ocurrió con ellos. Un 91,6 % de los que acudieron de nuevo a la farmacia recibieron tratamiento farmacológico antihipertensivo frente al 8,4 % que se le recomendó medidas higiénicas.

Conclusiones: Según el patrón de reducción nocturna de la presión arterial (PA), en el servicio de MAPA se ha obtenido un mayor porcentaje de pacientes con un patrón circadiano de PA con un peor pronóstico cardiovascular (non dipper– 39,5 % y riser – 34,2 %).

Será necesario mejorar la coordinación con el equipo de atención primaria para trabajar en consenso el proceso de medida de la PA.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Monitorización ambulatoria de la presión arterial, Farmacia comunitaria

ABSTRACT

Objectives: The purpose of this study is to analyze the results of the screening and the Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) services of hypertensive patients in a community pharmacy for 24 months (2012 and 2013).

Methods : It was conducted an observational study in a community pharmacy in Benalmádena (Málaga) for 24 months (2012 and 2013). It included patients over the age of 18 years with and without drug treatment to which the ABPM and/or the screening services for hypertensive patients were offered.

Results: 38 ABPM have been performed. In 60.5% of the patients the ABPM service was used as a follow-up of the antihypertensive treatment while in the remaining patients, 39.5%, it was used as a screening test. 39.5% (n = 15) of patients had a non dipper pattern, 34.2% (n = 13) a riser one, 21.0% (n = 8) a dipper one and 5.3% (n = 2) an extreme dipper one. Once having the results and after the referral to the physician, 21.0% (n = 8) of the patients experienced changes in their treatment.

48 reports of detection of hypertensive patients were opened. 41.7% of these reports were completed and sent to the doctor for evaluation. Among these referrals that were sent to the physician, 60.0% went back to the pharmacy and it is unknown what happened with the 40.0% remaining. 91.6% of those patients who came back to the pharmacy received antihypertensive drug therapy in contrast with the 8.4% to whom hygiene measures were recommended.

Conclusions: Depending on the reduction pattern of nocturnal blood pressure (BP) the ABPM service has obtained a higher percentage of patients with a BP circadian pattern including a worse cardiovascular prognosis (non dipper – 39.5 % and riser - 34.2 %). It will be necessary to improve coordination with the primary care team to work in consensus the measurement process of BP.

Key words: Hypertension, Ambulatory blood pressure monitoring, Community pharmacy

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es el primer motivo de consulta en atención primaria entre todas las patologías crónicas. Presenta una alta prevalencia (superior al 20 %), por lo que no es extraño que consuma gran parte del tiempo de consulta de los equipos de atención primaria y suponga por su influencia en la morbimortalidad cardiovascular un importante problema de salud pública, siendo el principal factor de riesgo modificable para un evento cardiovascular¹.

Numerosos trabajos en la bibliografía farmacéutica afirman que la farmacia comunitaria es un establecimiento sanitario que reúne las condiciones idóneas para realizar estrategias de detección y de intervención en HTA^{2,3}, y debido a que la medición de las cifras de presión arterial (PA) se trata de un servicio ampliamente ofertado en la mayoría de farmacias españolas⁴, el farmacéutico comunitario y su equipo pueden desarrollar un papel primordial en la prevención, cribado y seguimiento de HTA.

Guías como NICE recomiendan, si disponible, realizar una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) diagnóstica a todo hipertenso, ya que esta técnica es la más coste/efectiva para diagnosticar la HTA tras haber detectado en la clínica PA elevada⁵. La guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión y riesgo cardiovascular aconseja el uso de la MAPA desde la farmacia, como herramienta para el cribado y el seguimiento de la hipertensión arterial³.

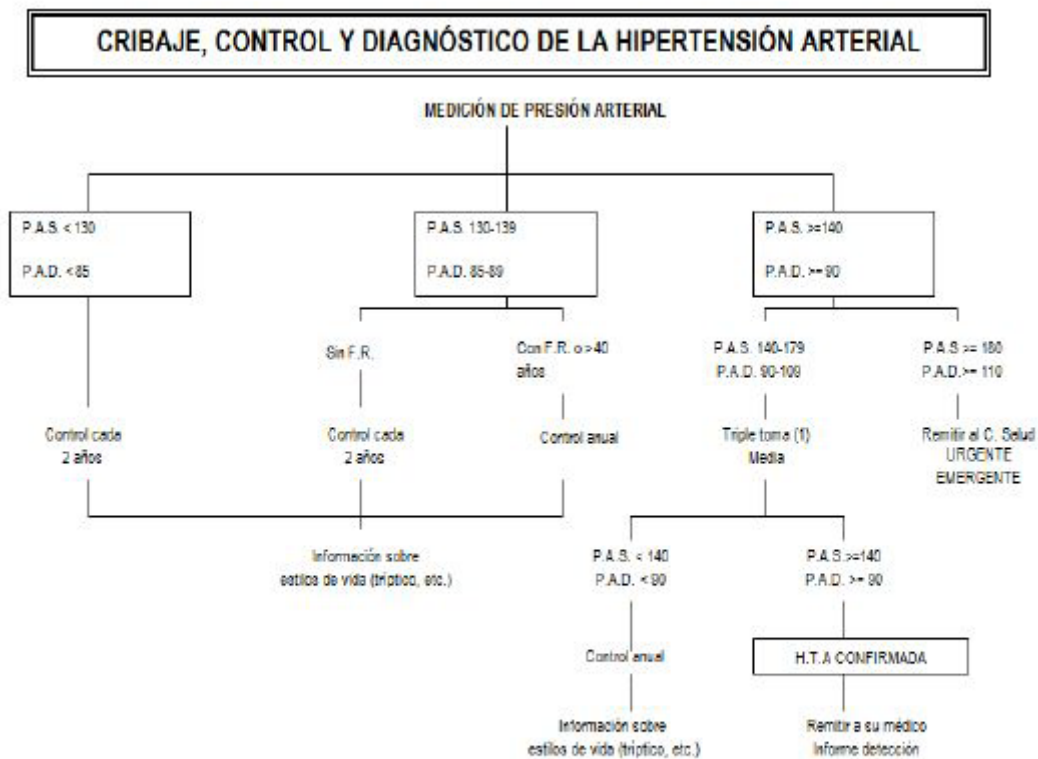
La MAPA es una técnica que permite obtener un amplio número de lecturas de PA, usualmente cada 20 o 30 minutos, durante periodos de 24 o 48 horas, que reflejan con detalle los cambios dinámicos de PA durante la actividad cotidiana del paciente⁶.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos en el servicio de cribado de pacientes hipertensos y de MAPA de una farmacia comunitaria durante 24 meses (años 2012 y 2013).

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional, llevado a cabo en una farmacia comunitaria de Benalmádena (Málaga) durante 24 meses (años 2012 y 2013). Se incluyeron pacientes de la farmacia mayores de 18 años con y sin tratamiento farmacológico a los que se ofreció el servicio de MAPA y/o el de cribado de pacientes hipertensos (figura 1). El dispositivo utilizado para el servicio de MAPA ha sido el Watch BP03, validado según la SEH-LELHA (Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial).

En el cribado de pacientes hipertensos se ha empleado el dispositivo OMRON M-4, calibrado anualmente. Para el cribado de posibles pacientes hipertensos se ha medido la PA en al menos 3 visitas programadas durante 2-3 semanas, se han realizado 2 medidas en cada visita, separadas 1-2 minutos y se ha considerado como límites de normalidad cifras promedio de PAS/PAD < 140/90 mmHg (figura 1).



Protocolo de actuación en cribado de HTA.

Figura 1

Todos los pacientes que han participado del servicio MAPA han firmado el consentimiento informado. Para el tratamiento de datos se ha utilizado el programa G-stat.

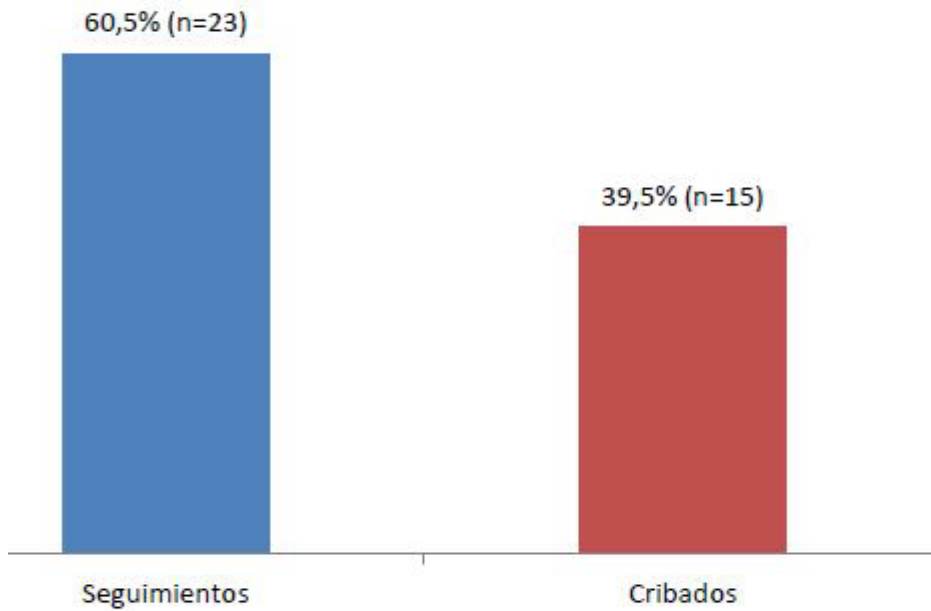
RESULTADOS

Resultados del servicio MAPA

En el periodo estudiado (2012-2103) se han realizado 38 MAPA a pacientes en edades comprendidas entre los 25 y 85 años, de los cuales un 63,2 % eran hombres y un 36,8 % mujeres. En un 60,5 % de los pacientes el servicio de MAPA se utilizó como seguimiento del tratamiento antihipertensivo y en el 39,5 % restante como cribado (figuras 2 y 3).

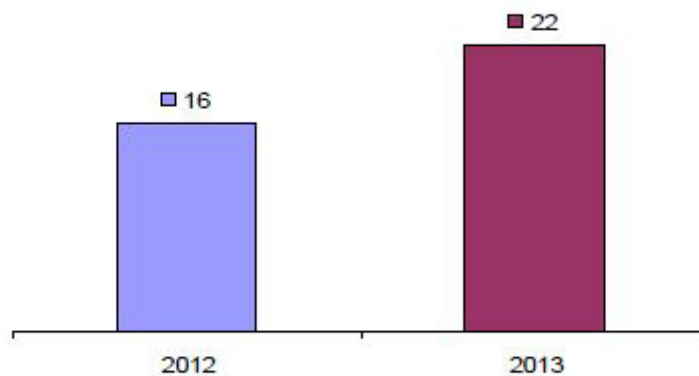
Un 42,1 % (n=16) de los pacientes presentaban antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, un 21,0 % (n=8) antecedentes personales de enfermedad vascular y un 36,8 % (n=14) factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo).

Utilización del servicio MAPA



Utilización del servicio de MAPA
Figura 2

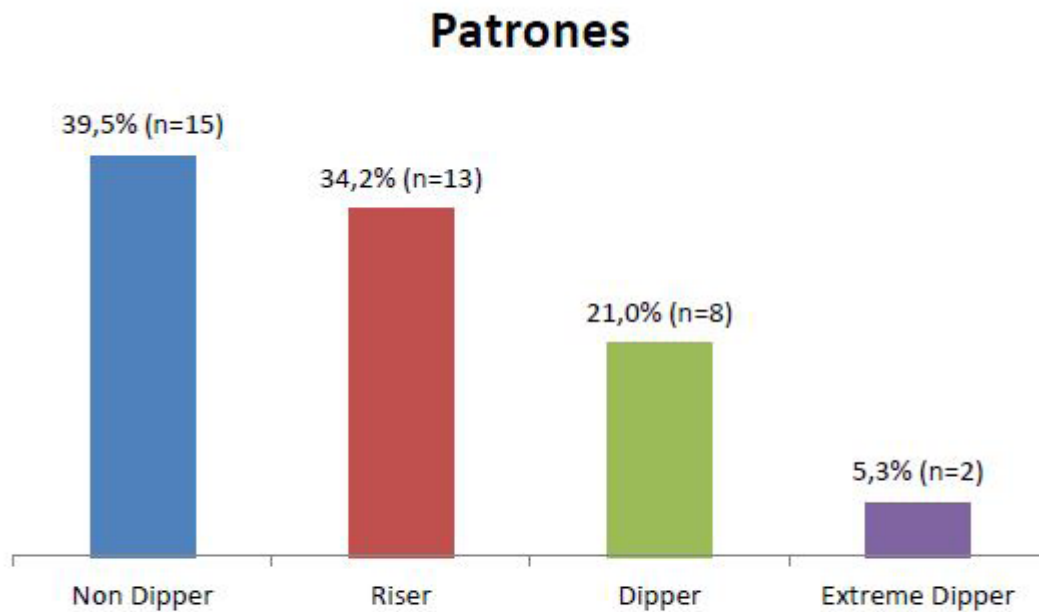
Nº MAPA



Número de MAPA llevados a cabo
Figura 3

Barris Blundell D.

Según la evolución de los valores de la presión arterial (PA) en la MAPA, un 39,5% (n=15) de pacientes presentaron patrón NON DIPPER, un 34,2% (n=13) RISER, un 21,0% (n=8) DIPPER y un 5,3% (n=2) EXTREME DIPPER (figura 4).



Patrones obtenidos en el servicio de MAPA
Figura 4

Los pacientes con patrón NON DIPPER o RISER presentan un pronóstico cardiovascular o de progresión de la lesión de los órganos diana más desfavorable que aquellos pacientes con patrón DIPPER.

En los años 2012 y 2013 tras la remisión al médico con los resultados obtenidos, el 21,0% (n=8) de los pacientes sufrió modificaciones en su tratamiento. En 2012 los principales cambios en el tratamiento correspondieron a aumento de la dosis de fármaco frente a la reducción de dosis de medicamento y cronoterapia en 2013.

Resultados de la detección de posibles pacientes hipertensos

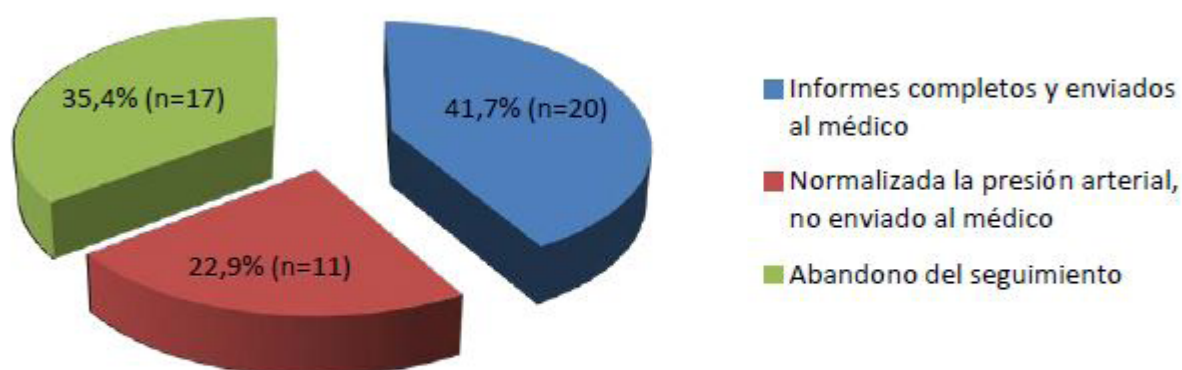
En el periodo estudiado (2012-2013) se han abierto 48 informes de detección de hipertensos ocultos, de los que un 56,2% eran mujeres y un 43,8% hombres. Un 41,7% de estos informes fue completado y enviado al médico para su valoración. De estas derivaciones al médico un 60,0% acudió nuevamente a la farmacia y el 40,0% restante se desconoce qué ocurrió con ellos.

En un 22,9 % de los informes abiertos se fueron normalizando las cifras de presión arterial y por ello no se llegó a enviar al médico, y en un 35,4 % no se consiguió completar los 3 valores especificados en nuestro protocolo de intervención (figura 5).

Un 91,6 % de los que acudieron de nuevo a la farmacia recibieron tratamiento farmacológico antihipertensivo frente al 8,4 % que se le recomendó medidas higiénicas.

El principal grupo terapéutico prescrito ha sido IECA (72,7 %) seguido de ARA-II (27,3 %).

Informes de detección abiertos



Informes de detección abiertos

Figura 5

DISCUSIÓN

La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma eventual o fortuita en farmacia comunitaria puede considerarse como un punto de partida en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la HTA. Una de las limitaciones del servicio de cribado ha sido la pérdida de pacientes, reflejado en el porcentaje de pacientes que tras ser derivados al médico no acuden nuevamente a la farmacia (40 %) y en el de aquellos que no fue posible completar los tres valores necesarios para confirmar la sospecha de HTA (35,4 %). Por ello, se esperaba que la utilización complementaria de dos diferentes métodos de medida de PA, medida aislada en farmacia comunitaria y MAPA, pudiera reducir esta pérdida de pacientes.

Barris Blundell D.

Si se comparan los resultados obtenidos en el cribado de HTA con los recogidos en el periodo abril 2008/junio 2011, se puede observar que se continúan produciendo pérdidas de pacientes en porcentajes parecidos; de los informes terminados y enviados al médico hubo un 65 % que acudió nuevamente a la farmacia y un 35 % que se desconoce que ocurrió con ellos.

Con la incorporación del servicio de MAPA se ha pretendido superar las limitaciones que presenta la medición aislada de PA, pues el dispositivo empleado para MAPA permite evitar el efecto de "bata blanca" y proporciona información sobre la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente⁶.

A pesar de estas ventajas se trata de un servicio todavía infrautilizado. Uno de los principales obstáculos que ha impedido un mayor desarrollo de la MAPA ha sido el rechazo de algunos pacientes a recibir este servicio⁷.

A pesar de haber realizado MAPA a pacientes derivados desde las consultas médicas del centro de atención primaria, otra de las barreras para el despliegue de estos servicios se encuentra en una falta de integración de nuestra farmacia en el sistema sanitario. Estos servicios funcionarían más eficientemente si se consiguiera elaborar protocolos de actuación consensuados con el personal del centro de atención primaria en el que mayoritariamente son atendidos los usuarios de la farmacia y si se dispusiera de una sistemática de derivación de pacientes al sistema sanitario^{1,4}.

CONCLUSIONES

Uno de nuestros futuros objetivos es mejorar la utilización de los diferentes métodos de medida de la PA, MAPA y medida aislada en farmacia comunitaria, de manera complementaria, según protocolos normalizados, consensuados con el equipo multidisciplinar y adaptados a las necesidades individuales de los pacientes. Un primer paso impulsor de esta colaboración podría ser que los representantes colegiales y sociedades científicas contactaran con la administración sanitaria para poner en marcha programas de actuación unificada.

Según el patrón de reducción nocturna de la PA, en el servicio de MAPA se ha obtenido un mayor porcentaje de pacientes con un patrón circadiano de PA con un peor pronóstico cardiovascular (Non Dipper- 39,5 % y Riser - 34,2 %).

Se debe evitar la pérdida de pacientes que inician el programa de visitas programadas para la medición de la presión arterial pero que dejan de asistir a las siguientes visitas. Se trata del 35,4 % de pacientes en los que no se consiguió completar los 3 valores especificados en nuestro protocolo de intervención. También se debe reducir el número de pacientes que no vuelven a la farmacia tras la entrega del informe de detección de HTA para el médico (40 %).

El seguimiento compartido de estos pacientes con el centro de atención primaria posibilitaría una mayor comodidad para numerosos pacientes y posiblemente una disminución de la pérdida de pacientes.

Con la puesta en marcha del servicio MAPA nuestra farmacia puede suministrar al médico información de apreciable calidad e interés clínico, que optimice el diagnóstico de la HTA, la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes, la valoración de la efectividad de los tratamientos y, en definitiva, la toma de decisiones terapéuticas³.

Parte de este trabajo se presentó como póster en V Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios, Barcelona 2012 con el título "Resultados del servicio de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en una farmacia comunitaria".

BIBLIOGRAFÍA

1. Vila MA, Dalfó A, Gibert E, Sabartés T. Papel de las oficinas de farmacia en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. Resultados de una intervención mínima. *Hipertensión*. 1997; 14 (3): 32-38.
2. División JA, Artigao LM, Sanchis C, Álvarez F, Carbayo J, Carrión L, Martínez-Navarro E. ¿Se puede o debe medir la presión arterial en las oficinas de farmacia? *Aten Primaria*. 2001; 28: 4-9.
3. Sabater-Hernández D, De la Sierra A, Bellver-Monzó O, División JA, Gorostidi M, Perseguer-Torregrosa Z et al. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso (versión resumida). *Pharm Care Esp*. 2011; 13 (3): 134-148.
4. Álvarez de Toledo F, Aldasoro MP, Rozas E, Fernández S. La toma de la tensión arterial en la farmacia comunitaria: un servicio orientado a la Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp*. 2004; 6 (2): 66-70.
5. Guías NICE para el manejo de la HTA. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical Guideline 127. 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg127.
6. Sabater-Hernández D, Fikri-Benbrahim O, Faus MJ. Utilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la toma de decisiones clínicas. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135 (1): 23-29.
7. Penín O, Villasuso B. Medida de la presión arterial en la farmacia comunitaria: papel del farmacéutico en el cribado, seguimiento y diagnóstico de la hipertensión arterial. *Aula de la Farmacia*. 2015; 11(107): 26-30.

■ REVISIÓN

Elementos clave del Farmacéutico Comunitario en la Atención a la Cronicidad.

Key points of the Community Pharmacist in the Chronic Patients Care

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

RESUMEN

El impacto de las enfermedades crónicas a lo largo de la próxima década será cada vez más importante para el Sistema Nacional de Salud causado principalmente por el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y unido a los avances médicos y al estilo de vida de los países desarrollados. Ello nos obligará a tomar una serie de decisiones en el presente principalmente relacionadas con la reorientación del sistema a las necesidades de una demanda de tendencia socio sanitaria y de asistencia multidisciplinar.

Objetivos

1. Informar sobre la mejora de la efectividad asistencial con la integración de la farmacia comunitaria en los nuevos modelos organizativos para el manejo de la cronicidad.
2. Caracterizar y evaluar, desde la perspectiva asistencial, los componentes y actividades de las estructuras sanitarias para hacer frente a las necesidades de los pacientes crónicos en España.

Método: Revisión bibliográfica ordenada de manera ascendente desde el punto de vista cronológico (2008-2015) en MEDALINE y EMBASE. Las palabras clave para la realización de la búsqueda fueron enfermedades crónicas, estrategia de cronicidad, farmacéutico comunitario.

Resultados: Las enfermedades crónicas absorben más del 70% del presupuesto sanitario, en parte por la necesidad de hospitalizaciones reiteradas, y se calcula que, en torno al 2050, la predicción de la evolución de la población mayor de 65 años en Europa sobrepasará el 25 por ciento, un horizonte que, según los expertos, exige la puesta en marcha de planes integrales e intersectoriales. Experiencias exitosas en la actuación preventiva de la farmacia como posibles herramientas a implementar en su ámbito de actuación, se destaca la experiencia pionera del programa de prevención de VIH en el País Vasco con el "Kit anti-sida", y

Fecha de recepción 26/05/2016 Fecha de aceptación 28/09/2016
Correspondencia: Jorge Vazquez
Correo electrónico: farmacogripe@gmail.com

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

el Programa de Mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria (Mumad) en el 2009 entre otros.

Conclusiones: La farmacia comunitaria es recurso accesible y efectivo para el abordaje de la atención del paciente crónico. Es indispensable el avance en el estudio y valoración, en términos de eficiencia sanitaria, de la realización, por parte del farmacéutico comunitario, como profesional sanitario de servicios profesionales.

Palabras clave: cronicidad, farmacia comunitaria, servicios profesionales

ABSTRACT

In the following decade, the impact of chronic diseases will become increasingly important to the National Healthcare System. The causes of this situation are: the ageing of the population, the rising life expectancy together with the medical advances and the lifestyle of the developed countries. Thus it is that we have to take some decisions in the present. They are mainly linked with the reorientation of the system according to the needs of a demand that has a social health tendency with multidisciplinary assistance.

Objectives

1. Inform about the improvement of the assistance effectiveness thanks to the integration of the pharmaceutical care in the new models that have been created to manage chronic diseases.
2. Describe and evaluate, from a healthcare point of view, the components and the activities of the healthcare structures in order to face the needs of chronic patients in Spain.

Methods: It was carried out a bibliographical review in ascending order, from a chronological point of view, (2008-2015) in MEDALINE and EMBASE. The key words used to do the research were: chronic diseases, chronicity strategy and community pharmacist.

Results: Chronic diseases take up more than 70% of the healthcare budget, partly because of the repeated need for hospitalization. It is estimated that around 2050, the prediction of the population evolution over 65 years in Europe will exceed 25%. Experts agree that it is necessary to start up comprehensive and inter-sectional plans.

There are some successful experiences in the preventive actions of pharmaceutical care. They can become remarkable tools to be applied in the pharmaceutical care scope of action. This is the case of the pioneering experience of the AIDs prevention program in the Basque Country with the "Anti-AIDs kit" or the Treatment Program with Opiates (methadone) in the Basque Country too or the Improvement Program in the usage of drugs in people that were treated by the domestic care services (Mumad) in 2009, among others.

Conclusions: Community pharmacy is an accessible and effective resource to attend chronic patients.

It is compulsory to going on in the study and evaluation, in terms of health efficiency, of the community pharmacists actions: they must offer professional services.

Key words: chronicity, community pharmacy, professional services

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La estructura de la sociedad española está cambiando y con ella las necesidades de atención social y sanitaria. De hecho, la realidad nos enseña que las necesidades sociales y sanitarias frecuentemente se presentan juntas.

El impacto de las enfermedades crónicas a lo largo de la próxima década será cada vez más severo para el Sistema Nacional de Salud y ello nos obligará a tomar una serie de decisiones en el presente principalmente relacionadas con la reorientación del sistema a las necesidades de una demanda de tendencia socio sanitaria y de asistencia multidisciplinar¹.

Este cambio de paradigma ocasionado por el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y las pluripatologías, provoca también una transformación sustancial en el perfil del paciente y de nuestro entorno sanitario.

Para esa transformación los responsables y decisores del sector disponen hoy de un amplio arsenal de intervenciones. Entre otras, existen herramientas para convertir pacientes pasivos en pacientes activos; existen nuevos roles profesionales para la gestión de casos, se dispone de trayectorias integradas de cuidados (care pathways); de tecnologías que permiten prestar servicios a distancia (e-health, m-health); de incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos en el hospital; de nuevas formas de estratificación de la población por riesgo, lo cual permite apuntar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales; de nuevos sistemas de apoyo a decisión clínica y de nuevas formas de contratación orientadas a contratar valor en lugar de solo actividad. Esta batería de herramientas son tan sólo ejemplos que permiten organizar el modelo asistencial de forma diferente.^{2,3}

OBJETIVOS

1. Informar sobre la mejora de la efectividad asistencial con la integración de la farmacia comunitaria en los nuevos modelos organizativos para el manejo de la cronicidad.
2. Caracterizar y evaluar, desde la perspectiva asistencial, los componentes y actividades de las estructuras sanitarias para hacer frente a las necesidades de los pacientes crónicos en España.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica ordenada de manera ascendente desde el punto de vista cronológico (2008-2015). La búsqueda sistemática de la información requerida por las preguntas planteadas en el presente artículo de revisión constituyó la base principal para el análisis. Las búsquedas realizadas a través de bases de datos bibliográficas fueron imprescindibles para realizar una buena revisión de la literatura consultada.

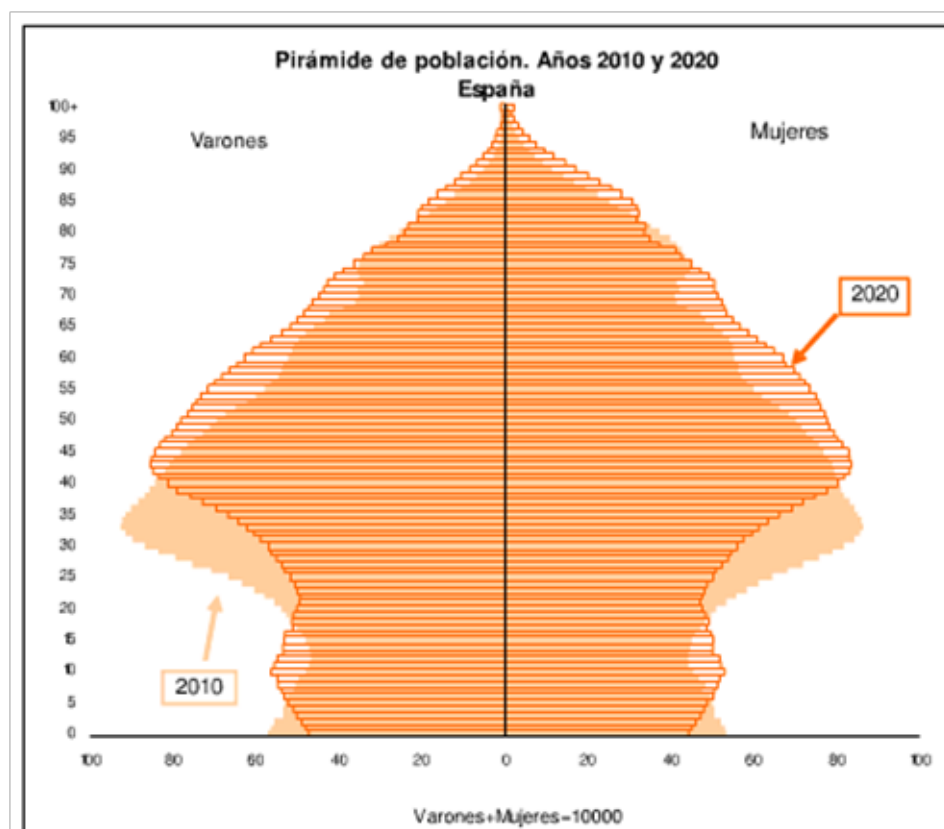
Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

Las bases de datos utilizadas fueron MEDLINE y EMBASE. La utilización de las bases de datos electrónicas permitió diseñar una estrategia de búsqueda efectiva y fácilmente reproducible, disminuyendo los sesgos. Las palabras clave para la realización de la búsqueda fueron *enfermedades crónicas, estrategia de cronicidad, farmacéutico comunitario*.

RESULTADOS

Sabemos que las enfermedades crónicas absorben más del 70% del presupuesto sanitario⁴, en parte por la necesidad de hospitalizaciones reiteradas, y se calcula que, en torno al 2050, la predicción de la evolución de la población mayor de 65 años en Europa sobrepasará el 25 por ciento, un horizonte que, según los expertos, exige la puesta en marcha de planes integrales e intersectoriales⁵. Y para completar estos datos tan reveladores, no debemos olvidar que casi un 40 por ciento de la población empadronada en España tiene más de 50 años y que de ésta algo más de un 40 por ciento padece alguna enfermedad o problema de salud crónico, lo que vislumbra cual puede ser el camino para empezar a trabajar.



Fuente: Proyección de la Población a Corto Plazo. INE 2010-2020

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

Debemos de ser conscientes que esta metamorfosis del sistema hacia una mejor gestión de la cronicidad será una oportunidad para encauzar a la farmacia en estas nuevas perspectivas de futuro sobre la necesidad de priorizar prestaciones y servicios, organizar nuevos roles, nuevos horizontes asistenciales y fortalecer los límites del sistema.

Hoy en día, nos encontramos con un sistema de salud organizado como si no existiera en realidad un entorno de crónicos cada vez más al alza. El modelo de salud que tenemos prefijado como uno de los mejores del mundo nos ofrece una atención integral para patologías de agudos y con consumos altísimos de recursos que en algunos casos florecen las ineficiencias derivadas entre otros factores de duplicidades asistenciales.

HOY: Curar	MAÑANA: Curar y Cuidar
<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aparece • El paciente es tratado • El paciente es dado de alta • El paciente desaparece de la pantalla del radar 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente aparece • El paciente es tratado por un equipo multidisciplinar • El paciente es dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento • El paciente es activo y recibe continuo apoyo del sistema • El paciente continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica remota

Fuente: Modelos en transición. Bengoa,R (Observatorio Kroniker)

Por tanto, no debemos olvidar que lo que es caro no son los crónicos sino el modelo fragmentado de sus cuidados.

Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de cuidados a crónicos, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje de la cronicidad entre las que destacamos el refuerzo de los equipos de Atención Primaria con una extensión ampliada a la farmacia comunitaria y la reorganización de la atención.

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

Y el elemento que marcará el abordaje exitoso con este nuevo modelo de atención será la indiscutible implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.

En resumen, observamos que uno de los factores clave del problema es puramente sanitario: el patrón de las enfermedades ha cambiado radicalmente en este siglo.

Desarrollo de programas preventivos más allá del medicamento

En momentos tan comprometidos como los actuales se debe facilitar la apertura a nuevos horizontes para que nuestros profesionales de la farmacia comunitaria puedan participar con el resto de los profesionales sanitarios -y no sanitarios- en la mejora de la calidad de los cuidados de los pacientes crónicos. Es necesario cambiar los enfoques muy medicalizados por otras aproximaciones que han demostrado ser más eficientes y que tienden a reducir la necesidad de los servicios sanitarios esencialmente asistenciales.⁶

Desde la perspectiva de la salud pública, no hay duda que la farmacia puede tener un papel relevante en la prevención sin que ello dependa de la farmacoterapia.

Experiencias exitosas en la actuación preventiva de la farmacia como posibles herramientas a implementar en su ámbito de actuación, se destaca la experiencia pionera del programa de prevención de VIH en el País Vasco con el "Kit anti-sida", el programa de intercambio de jeringuillas iniciado a principios de los 90⁷ el Tratamiento supervisado con Tuberculostáticos a pacientes en el Programa de Tratamiento con Opiáceos (metadona) en el País Vasco⁸, el Programa de Mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria (Mumad) en el 2009 o el Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto iniciado en Cataluña mediante el cribado del test de sangre oculta en heces durante el año 2010.⁹

Pero desgraciadamente, las experiencias son escasas en nuestro país y hay que observar fuera de nuestras fronteras que el modelo de integración del farmacéutico comunitario en este tipo de programas, como por ejemplo los programas preventivos en campañas de inmunización, están perfectamente aceptados y remunerados en Estados Unidos, Canadá, Portugal, Irlanda o el Reino Unido.¹⁰

DISCUSIÓN

Cambios en el perfil de la demanda: De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad y dependencia

Cuando se hace referencia a las condiciones crónicas se suelen emplear términos lingüísticos como *enfermedad crónica*, *dependencia*, *funcionamiento*, *discapacidad*, etc. pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹¹ una enfermedad crónica es "aquella que tiene una larga duración y es de progresión generalmente lenta."

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

Por su parte, la *Medline Plus* define la enfermedad crónica como *“cualquier trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente, que es probable que persista durante largo tiempo y que no desaparece de forma rápida o fácil.”*

El concepto de enfermo crónico ha cambiado en los últimos años y hasta hace poco se consideraba como enfermedad crónica al paciente que padecía una única enfermedad, de larga duración y por lo general de progresión lenta.¹² En la actualidad se considera paciente crónico al individuo con varias patologías crónicas, con merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica. Y todo ello hace que exista una estrecha relación entre cronicidad y dependencia, lo cual conlleva a una importante carga familiar y consumo de recursos socio-sanitarios.¹³

Características del enfermo crónico

- Mayor de 65 años, muy a menudo de 80 años
- Disminución de la autonomía personal
- Frecuentación excesiva (visitas domicilio), aumentando conforme aumenta la co-morbilidad
- Seguimiento en múltiples consultas
- Múltiples pruebas diagnósticas
- Ingresos hospitalarios frecuentes con estancias largas
- Polifarmacia
- Escaso cumplimiento

A pesar de que la cronicidad y la dependencia son conceptos bien diferenciados, guardan correlación en lo que respecta a pacientes que sufren ambas condiciones. La dependencia sólo se produce en el 12 % de las personas con enfermedades crónicas. Sin embargo, las personas con dependencia en un 91 % padecen al mismo tiempo una enfermedad crónica. La enfermedad produce necesidad de servicios sanitarios y la dependencia produce necesidad de servicios sociales.¹⁴

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

En realidad hay que dejar claro que los servicios sanitarios y sociales son dos tipos de servicios claramente diferenciados, practicados por profesionales con formaciones diferentes pero que deben de trabajar en un contexto integrado con empatía si se tienen bien definidos los conceptos de abordaje al paciente.^{13,15}



Fuente: Adaptación pictográfica de Informe Antares 2013 "La contribución de las tecnologías de diagnóstico y seguimiento en la gestión del paciente crónico"

Un objetivo general: el rol asistencial del farmacéutico comunitario

Para el farmacéutico comunitario presentamos un primer horizonte basado en protagonizar y reforzar su presencia y aportación como agente activo dentro del Sistema Sanitario, primer eslabón de acción en los Servicios Sanitarios y Sociales para ofrecer una atención socio sanitaria integral y garantizar la continuidad asistencial a todos los pacientes crónicos dependientes, en especial, cuando son de larga duración y a través de diferentes procesos de continuidad asistencial.¹⁶

La demanda se hará exponencial para el farmacéutico comunitario en tanto en cuanto la oferta de servicios enfocados al espacio socio sanitario se nutra de buenos resultados.

Entre los objetivos que se debe de marcar el farmacéutico comunitario es el de contribuir a la mejora de la salud de los pacientes con la prestación de servicios de valor añadido, alineándose con ello con el nuevo enfoque y retos que se presentan en la gestión del paciente crónico.¹⁷

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

La mejora de la gestión clínica en el SNS, no puede entenderse sin la participación y responsabilidad de los farmacéuticos, en garantía de la seguridad y el uso responsable y eficiente de los medicamentos, la actividad de vigilancia y control en salud pública, consiguiendo resultados en salud.

En la actualidad, la necesidad de mejorar todos los aspectos de la continuidad asistencial condiciona la atención a las personas con condiciones crónicas de salud. La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades sociosanitarias.^{12,13} Los profesionales de las áreas sanitarias deben coordinarse además con otros agentes de salud como los farmacéuticos comunitarios cuya posición es ideal para proporcionar una unión entre el prescriptor y el paciente y para comunicar información sobre salud y medicamentos a la población.^{18,19}

Destacamos como ejemplo *de prestación de servicio de valor añadido* la captación temprana de la descompensación de las patologías crónicas de estos pacientes, en un intento de mantenerlos en el domicilio el máximo de tiempo posible si la situación clínica lo permite, persiguiendo la reducción del número de ingresos hospitalarios innecesarios y de las visitas a urgencias, y logrando además mejorar la satisfacción de los pacientes, cuidadores y profesionales. En este sentido la implantación de Servicios Profesionales Farmacéuticos relacionados con la Atención Farmacéutica (AF) y, en concreto, la realización del servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) a pacientes mayores, crónicos y polimedcados,^{20,21} además de contribuir a la mejora de la salud de los pacientes, se presenta como una oportunidad de desarrollo profesional para el farmacéutico.

CONCLUSIONES

La farmacia comunitaria cuenta con unas características que la convierten en un recurso accesible y efectivo para el abordaje de la atención del paciente crónico:

- **Accesibilidad de la Farmacia:** el farmacéutico es el profesional sanitario más accesible para el paciente, y su labor diaria altamente reconocida por la sociedad.
- **Competencias del farmacéutico:** el conocimiento del farmacéutico, sus habilidades y su actitud están enfocados a la atención de los pacientes más allá de la dispensación de medicamentos.
- **Integración en el sistema sanitario:** el farmacéutico comunitario, juntamente con otros profesionales sanitarios, interviene en la salud de los pacientes, aportando un alto valor cualitativo en el espacio socio sanitario.
- **Uso de la tecnología:** la Farmacia dispone de la tecnología necesaria para realizar intervenciones de alto valor en procesos de atención del paciente crónico, especialmente relacionados con la detección de factores de riesgo y el seguimiento de parámetros biológicos.

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

- **Servicios Profesionales:** el diseño de la nueva cartera de servicios asistenciales farmacéuticos está muy enfocada a los pacientes crónicos a través del seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia terapéutica, cribados, m-health etc...

Es por tanto indispensable que se avance en el estudio y valoración, en términos de eficiencia sanitaria, de la realización, por parte del farmacéutico comunitario, como profesional sanitario, de servicios profesionales, diferentes de los relacionados con la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, que demuestren su eficacia para la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Risk factor estimates for 2004. Disponible en: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/risk_factors/en/index.html
2. Jovell AJ et al. Participación del paciente. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006; 38: 234-237.
3. Portella E, Carrillo E. La Atención Sociosanitaria. En: Navarro C, Cabasés C, Tormo MJ. *La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS 2005*. SG Editores.
4. Nuño R. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [revista en internet]* 2009; 1(3). Disponible en: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss3/2>
5. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective*. London, Oxford Health Alliance; 2006
6. Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terrer T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2009; 44(5): 244-250.
7. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. El Programa de Intercambio de Jeringuillas de la prisión de Basauri (Bizkaia) (1997-99). Disponible en: http://www.euskadi.net/sanidad/salud/sida_basauri.htm (Consultada el 30/10/2004)
8. Martín-Zurimendi JA, Markez I, Larrazábal LM, Araluce K, Aizpuru A. Programa de Mantenimiento con Metadona en la red de Bizkaia, País Vasco, 1991-1996. *Itaca*. 1997; 2(3): 53-82.
9. Brugos-Llamazares Verónica, González de Aledo Lino Álvaro, Vada-Sánchez Javier, Terán-Lantarón Álvaro. Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo noviembre de 2008 a marzo de 2010. *Rev. Esp. Salud Pública [Internet]*. 2010; 84(6): 755-768 [citado 2016 Sep 27] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010006600007&lng=es

Vázquez Valcuende J

Licenciado en Farmacia. Doctor por la Universidad de Valladolid. Diplomado en Salud Pública

10. FIP. Sustainability Pharmacy Services: Advancing Global Health. The Hague: FIP; 2015.[Acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en:
http://www.fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services_Executive_summary_2.pdf
11. OMS: Las enfermedades Crónicas. Última revisión Agosto 2014. Disponible en:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
12. "El envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un reto". Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International. New York, 2012. Disponible en:
<http://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge>
13. Acuerdo Marco suscrito entre el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos http://www.sefac.org/media/2014/Acuerdo_Marco_Julio_2014_Farmacuticos.pdf
14. Informe Antares 2013 "La contribución de las tecnologías de diagnóstico y seguimiento en la gestión del paciente crónico" Barcelona, Abril 2013
15. Wolff JL, Starfield B, Anderson GF. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002;162:2269–76
16. Estrategia para el abordaje de la cronicidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. MSSSI; 2012. [Acceso 22 de diciembre de 2015] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
17. Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. SEFAC. 2011
18. Acuerdo Marco suscrito entre el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos http://www.sefac.org/media/2014/Acuerdo_Marco_Julio_2014_Farmacuticos.pdf
19. Ley General de Sanidad. Ley 33/2011, de 4 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 240, (05-10-2011). Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
20. Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS; 2011. Disponible en:
https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=334&table_id=
21. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Definición de Servicios Profesionales Farmacéuticos y Servicio de Adherencia. Farmacéuticos. 2015; 12: 24.

■ CASO CLÍNICO

Caso clínico de seguimiento farmacoterapéutico: paciente hipertensa no controlada

Clinical case of a Pharmacotherapeutical follow up: hypertensive patient uncontrolled.

Navas Romero MI², Menchén L¹, Suárez B¹.

1 Farmacéutica Comunitaria en Membrilla (Ciudad Real)

2 Estudiante de Grado en Farmacia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 83 años, que acude regularmente a la farmacia, durante el proceso de dispensación nos comenta que viene del Centro de Salud que tiene "angustia y mareos", allí le han puesto dos "pastillas" bajo la lengua y le han hecho un electrocardiograma.

Nos demanda que se le vuelva a medir la presión arterial (PA), siendo la media de los valores obtenidos elevados (170/78 mmHg). Tras revisar rápidamente la medicación prescrita en receta electrónica se le ofreció incluirla en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico y aceptó por lo que se concertó con ella una entrevista para esa misma tarde.

Primera entrevista

Durante la primera entrevista (23 de Mayo) la paciente nos comenta que se encuentra en tratamiento para hipertensión arterial e insomnio desde hace años (más de diez años)

Medicación prescrita:

- Losartán+hidroclorotiazida 100/25 mg (1-0-0) que conoce y cumple desde hace aproximadamente cuatro meses. Ha tomado Artedil® 10mg (manidipino, durante años), y hace seis meses empezó a dejar de ser efectivo el tratamiento para la hipertensión arterial, por lo que le incrementaron la dosis/ diaria prescribiéndole Artedil® 20mg, pero no lo toleró. Le causaba malestar.

Fecha de recepción 19/07/2016 Fecha de aceptación 23/09/2016

Correspondencia: M^a Isabel Navas

Correo electrónico: mariaisabelnavasromero@gmail.com

Navas Romero MI, Menchén L, Suárez B.

- Captopril 50mg (prescrita sublingual en caso de crisis hipertensiva).
- Amlodipino 10mg (0-1-0) (prescrito el mismo día de la entrevista).
- Omeprazol 40mg (1-0-0), desde hace aproximadamente un año por molestias digestivas.
- Lorazepam 1mg (0-0-1) que conoce y cumple.
- Plantago ovata (Plantaben®) (1-0-0).
- Parches de lidocaína 5%, que dejó de utilizar porque “no le hacían efecto”.

Problemas de salud:

- Hipertensión arterial desde hace años (más de 20 años)
- Artrosis de rodilla (diagnosticados hace 3 años)
- Estreñimiento crónico (diagnosticado hace 15 meses aproximadamente)
- Hace años fue intervenida de la columna vertebral.
- Insomnio desde hace meses.

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN			
Inicio	Problemas de Salud	Controlado	Preocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	PRM/RNM
20 años	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	N	S	4 meses	Losartán+hidroclorotiazida 100/25 mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	PS INSUFICIENTEMENTE TRATADO.HTA NO CONTROLADA
				1 día	Amlodipino 10mg	0-1-0	¿	S	¿	¿	
Meses	CRISIS HIPERTENSIVA	N	S	6 meses	Captopril 50mg	Si crisis		S	¿	¿	
Un año	“MOLESTIAS DIGESTIVAS”	S	N		Omeprazol 40mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
15 meses	ESTREÑIMIENTO CRÓNICO				Plantago Ovata	1-0-0	1-0-0	S	S	¿	PRM: administración errónea. rRNM
3 años	ARTROSIS	S	N	3 años	Parches de lidocaína 5%	1-0-0	0-0-0	S	N	N	Incumplimiento/ no necesidad
Meses	IMNSOMNIO /NERVIOSISMO	S	N	meses	Lorazepam 1mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	

*Estado de situación inicial**Tabla 1*

Durante la entrevista se comprobó que no tiene hábito tóxico alguno, sigue correctamente las medidas higiénico-dietéticas adecuadas para el control de la hipertensión arterial. No tiene sobrepeso, ni refiere otros problemas de salud que le preocupen.

Finalmente, se le volvió a medir los niveles de PA obteniendo los siguientes valores medios (153/68 mmHg), la medida se realizó de acuerdo a las normas de buenas prácticas.

Navas Romero MI, Menchén L, Suárez B.

Por lo que estamos ante un paciente con un terapia combinada (losartán+hidroclorotiazida, captopril y amlodipino) para controlar la presión arterial. Además de utilizar parches de lidocaína para el dolor de rodilla y plantago ovata para mejorar el tránsito intestinal.

Fase de estudio y evaluación

Estado de situación inicial

Tras estudiar la medicación prescrita para los distintos problemas de salud, se concluyó que:

- La HTA no estaba controlada, le preocupaba mucho al paciente y la medicación prescrita era necesaria, en principio segura pero era necesario mantener a la paciente monitorizada para poder evaluar su efectividad.
- El estreñimiento no preocupaba al paciente, estaba controlado y la medicación utilizada (Plantago ovata) estaba siendo necesaria, efectiva y segura.
- La artrosis es el segundo problema de salud que le preocupa. La medicación prescrita no está siendo efectiva, puesto que la paciente sigue con molestias.
- La dificultad que tenía para dormir debido a los nervios, han desaparecido con la medicación prescrita (lorazepam), por lo que está siendo necesaria, efectiva y segura.
- Las molestias digestivas que padecía desaparecieron al prescribirle omeprazol. Por lo que es necesario, efectivo y seguro.

Fase de intervención

Se decidió instruir a la paciente para evitar una disminución de la absorción de la medicación antihipertensiva (rRNM) que podría conllevar la administración errónea del Plantago Ovata.

En cuanto al tratamiento para el dolor derivado de la artrosis no se priorizó ya que no influía en la calidad de vida de la paciente, y además no le preocupaba.

Segunda entrevista

En la entrevista de seguimiento se comprobó en las medidas aportadas por la paciente que la PA estaba aún muy descontrolada, por lo que en la misma entrevista y dado el grado de preocupación de la paciente se volvió a derivar al MAP.

Navas Romero MI, Menchén L, Suárez B.

FECHA	PRESION ARTERIAL mm/Hg
22/Mayo	157/78
23/Mayo	168/69
24/Mayo	163/77
25/Mayo	150/68
26/Mayo	154/78
27/Mayo	162/73
28/Mayo	163/72
29/Mayo	160/75
30/Mayo	162/74
31/Mayo	154/79
1/Junio	159/70
2/Junio	152/72
3/Junio	166/69
4/Junio	164/74

*Medidas de presión arterial***Tabla 2***Estado de situación 2*

Además se detectó que la paciente tenía un edema importante en miembros inferiores así como prurito asociado a este edema (PRM probabilidad de efectos adversos), ante la sospecha de que se tratase de un Resultado Negativo asociado a la Medicación de inseguridad del amlodipino, se informó al MAP de esta circunstancia.

Resultado de la intervención

Días después, la paciente acudió a la farmacia y comentó que estaba muy contenta con el trato recibido y que su MAP la había derivado al servicio de cardiología. Prescribiéndole tratamiento sintomático mientras era valorada: bilastina 20mg, y metilprednisolona 1mg/g.

Como conclusión a este caso que seguimos estudiando queremos poner en valor que la colaboración con el MAP y la evaluación continua de los pacientes hipertensos desde la Farmacia Comunitaria son muy beneficiosas para la optimización del resultado de los tratamientos en el control de los problemas de salud de estos pacientes.

Navas Romero MI, Menchén L, Suárez B.

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN			
Inicio	Problemas de Salud	Controlado	Pre-ocupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta usada	N	E	S	PRM/RNM
20 años	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	N	S	4 meses	Losartán+hidroclorotiazida 100/25 mg	1-0-0	1-0-0	S	N	S	PS INSUFICIENTEMENTE TRATADO.HTA NO CONTROLADA
				1 día	Amlodipino 10mg	0-1-0	¿	S	¿	¿	
Meses	CRISIS HIPERTENSIVA	N	S	6 meses	Captopril 50mg	Si crisis		S	¿	¿	
Un año	"MOLESTIAS DIGESTIVAS"	S	N		Omeprazol 40mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
15 meses	ESTREÑIMIENTO CRÓNICO				Plantago Ovata	1-0-0	1-0-0	S	S	S	
3 años	ARTROSIS	S	N	3 años	Parches de lidocaína 5%	1-0-0	0-0-0	S	N	N	Incumplimiento/ no necesidad
Meses	INSOMNIO /NERVIOSISMO	S	N	meses	Lorazepam 1mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	
Días	EDEMA	N	S								Probabilidad efectos adversos
Días	PRURITO	N	S								Probabilidad de efectos adversos

*Estado de situación 2**Tabla 3*

BIBLIOGRAFÍA

1. SL C. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ciudad Real. Cofciudadrealcom. 2016. Disponible en: <http://www.cofciudadreal.com/>.
2. BotPlus: programa informático sobre consultas de medicamentos y productos de parafarmacia.
3. Portalfarma. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Portalfarma. 2016. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Paginas/default.aspx>.
4. SEH-LELHA L. SEH-LELHA. Sociedad Española de Hipertensión. Seh-lilhaorg. 2016. Disponible en: <http://www.seh-lilha.org/>.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Pedro del Río Pérez

Farmacéutico Comunitario de León. Coautor de "Averroes. Manual de terapia en Atención Primaria" Coautor de "Iatrikon. Manual de Terapéutica para Médicos de AP". Autor de "Fitoguía. Terapia con Plantas Medicinales". Colaborador de "Medi-mecum".

Comparing the effectiveness of pharmacist-managed warfarin anticoagulation with other models: a systematic review and meta-analysis.

S. Zhou, X. Y. Sheng, Q. Xiang, Z. N. Wang, Y. Zhou and Y. M. Cui
Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics
Version of Record online: 28 SEP 2016 | DOI: 10.1111/jcpt.12438

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpt.12438/abstract?campaign=wolearlyview>

El servicio de seguimiento de la anticoagulación es de sobra conocido y tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención al paciente, reducir las tasas de hospitalización y visitas al servicio de urgencias así como prevenir las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento anticoagulante.

La complejidad del manejo de la warfarina ha llevado al desarrollo de una variedad de modelos especializados gestionados por farmacéuticos, médicos, enfermeras y también cuidado autogestionado por el propio paciente. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de control de la anticoagulación con warfarina cuando es gestionada por farmacéuticos frente a otros modelos.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Medline@Web of Knowledge, EMBASE, Cochrane Library y Cumulative Index de Enfermería y afines de la bibliografía de salud para identificar los ensayos controlados aleatorios (ECA) desde el inicio de base de datos hasta julio de 2015. Los términos de búsqueda utilizados para el estudio eran "warfarina", "farmacéuticos", "antagonistas de vitamina K", "anticoagulación" y "modelo de gestión".

Se utilizó la Cochrane Collaboration's tool from the Cochrane Handbook para evaluar el riesgo de sesgo de los ECA. Se realizaron análisis estadísticos utilizando RevMan 5.3 y utilizó el Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations profiler para evaluar la calidad de la evidencia de los resultados.

Los resultados de control de la anticoagulación fueron:

- Porcentaje de tiempo dentro del rango terapéutico estándar (INR aprox. 2-3, habitualmente).
- Dentro del rango terapéutico ampliado (INR de 1,8-3,5).
- Episodios trombóticos.

Los resultados de seguridad fueron eventos de sangrado, la mortalidad y la satisfacción del servicio de anticoagulación del paciente.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Se incluyeron ocho ECA de 981 publicaciones potencialmente relevantes con un total de 1493 pacientes. El metanálisis de los ECA mostró que existía una diferencia significativa entre el servicio prestado por el farmacéutico y otros modelos en cuanto a la satisfacción del paciente y el porcentaje de tiempo dentro del rango terapéutico estándar. Sin embargo, el grupo gestionado por farmacéuticos no demostró ninguna mejora significativa en el porcentaje de tiempo dentro del intervalo terapéutico ampliado, la mortalidad, la prevención de eventos de sangrado y episodios de trombosis.

La ventaja de la terapia anticoagulante con warfarina gestionada por farmacéuticos para el control de la anticoagulación, la seguridad y la mortalidad no está clara, pero dio lugar a una satisfacción del paciente significativamente mejor que con otros métodos de control. En comparación con otros modelos, la superioridad de la anticoagulación con warfarina gestionada por farmacéuticos debe ser evaluada y validada en futuras investigaciones.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Effectiveness of a protocolized dispensing service in community pharmacy for improving patient medication knowledge

Raquel Abaurre-Labrador, María Dolores Maurandi-Guillén, Pilar García-Delgado, Joanna C. Moullin, Fernando Martínez-Martínez, José P. García-Corpas

International Journal of Clinical Pharmacy. October 2016, Volume 38, Issue 5, pp 1057-1062

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0356-8?wt_mc=alerts.TOCjournals

Un adecuado conocimiento acerca de la medicación por parte de los pacientes es esencial para su correcto uso. El servicio de dispensación proporcionado en las farmacias comunitarias se puede utilizar para educar a los pacientes sobre sus medicamentos.

Este estudio pretende comparar la eficacia de una dispensación protocolizada (siguiendo un protocolo de dispensación que incluye la educación 'estandarizada' del paciente) con la eficacia de la dispensación tradicional (suministro de medicamento sin la educación y la información del paciente estandarizado, sólo cuando este solicite información directamente), para mejorar el conocimiento de la medicación por parte del paciente.

Estudio cuasi experimental pre-post, de los pacientes o cuidadores, mayores de 18 años de edad, que soliciten uno o más medicamentos para su propio uso o para otros. La intervención consistió en utilizar un proceso protocolizado de dispensación de medicamentos en una farmacia comunitaria.

Se estudiaron la asociación entre la eficacia de dispensación (conocimiento previo de la medicación y conocimiento posterior a la dispensación) y variables de predicción usando un modelo de regresión logística binaria multivariante.

Se incluyeron en el estudio un total de 661 solicitudes de medicación.

La dispensación 'protocolizada' fue más eficaz que la dispensación 'tradicional' de medicamentos para mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de sus medicamentos.

Como un medio para mejorar el conocimiento de la medicación por parte del paciente puede ser recomendable introducir en el proceso de dispensación de medicamentos protocolizados de dispensación. Deben desarrollarse, evaluarse y ser aplicados procesos tendentes a mejorar el uso adecuado de los medicamentos que usan los pacientes.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Potentially inappropriate prescribing in nursing home residents detected with the community pharmacist specific GheOP3S-tool

Eline Tommelein, Els Mehuys, Mirko Petrovic, Annemie Somers, Charlotte Van Damme, Eva Pattyn, Kristof Mattelin, Koen Boussery

International Journal of Clinical Pharmacy. October 2016, Volume 38, Issue 5, pp 1063–1068

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0366-6?wt_mc=alerts.TOCjournals

La herramienta Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening (GheOP³S-) ha sido recientemente desarrollada para la detección de una prescripción potencialmente inadecuada (PIP).

Los objetivos de este trabajo fueron:

- (1) determinar la prevalencia de PIP en residencias de ancianos en pacientes polimedcados usando la GheOP³S-tool
- (2) identificar a las PIP que se detectan con mayor frecuencia.

Se llevó a cabo un estudio transversal entre febrero y junio de 2014 en 10 residencias de ancianos en Bélgica. El suministro de medicamentos lo realizó una cadena de farmacias belga. Para cada residencia, se incluyeron 40 residentes (≥ 70 años y que usaran de forma crónica 5 o más fármacos). La prevalencia PIP se determinó utilizando la GheOP³S-tool.

Se incluyeron 400 pacientes [edad media (\pm DE) de 86,2 (\pm 6,3) años; mediana del número de fármacos (\pm IQR) 10 (7-12)].

Se detectaron un total de 1.728 PIP en 387 (97%) participantes (mediana 4; IQR 2-6). Los PIP más comunes se pueden asignar a tres categorías:

- Uso a largo plazo de fármacos para sistema nervioso central (benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos)
- Uso de fármacos anticolinérgicos (y combinaciones entre ellos) con el estreñimiento subyacente y empeoramiento de la demencia)
- Infrutilización de la profilaxis de la osteoporosis.

La detección de PIP mediante la GheOP³S-tool reveló una alta prevalencia de PIP entre los residentes de mayor edad en las residencias de ancianos con polifarmacia. Este hallazgo insta a tomar iniciativas para prevenir los PIP no sólo a nivel del paciente, sino también a un nivel más amplio, institucional.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

A web-based training program to support chronic kidney disease screening by community pharmacists

Pankti A. Gheewala, Gregory M. Peterson, Syed Tabish R. Zaidi, Luke Bereznicki, Matthew D. Jose, Ronald L. Castelino

International Journal of Clinical Pharmacy. October 2016, Volume 38, Issue 5, pp 1080–1086

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0330-5?wt_mc=alerts.TOCjournals

El papel de los farmacéuticos comunitarios en la detección de varias enfermedades crónicas ha sido ampliamente estudiado en los últimos tiempos.

El impacto de la enfermedad renal crónica sobre el sistema de salud es muy elevado. Sin embargo, la progresión de la enfermedad y los resultados adversos pueden prevenirse o retrasarse mediante la detección y el tratamiento de la enfermedad en sus etapas iniciales.

Se desarrolló un programa de formación para farmacéuticos basado en la web para mejorar los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar a cabo un servicio de detección de la enfermedad renal crónica en el entorno de la farmacia comunitaria.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de formación basado en la web sobre el conocimiento y las habilidades asociadas con la detección de la enfermedad renal crónica por parte de los farmacéuticos comunitarios. Como objetivo secundario, se evaluó la satisfacción de los farmacéuticos con este programa.

En el desarrollo del programa de entrenamiento basado en la web intervinieron cuatro farmacéuticos y un nefrólogo. Los datos cuantitativos se recogieron mediante el empleo de un cuestionario basado en la web autoadministrado que comprendía un conjunto de cinco preguntas acerca del conocimiento de la enfermedad, de opción múltiple y un caso clínico para evaluar las habilidades.

Para valorar la satisfacción de los farmacéuticos con el programa se utilizó una escala de Likert de nueve puntos. Para determinar la medida de resultado principal se evaluaron los conocimientos de los farmacéuticos, la puntuación en sus habilidades pre y post-formación, la fiabilidad de la escala de Likert, y la proporción de respuestas a los nueve artículos de la encuesta de satisfacción.

En total, cincuenta farmacéuticos participaron en el cuestionario previo y 38 farmacéuticos completaron la formación basada en web y el cuestionario posterior.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

El Cronbach's alpha (es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida) para la escala de satisfacción de nueve puntos fue de 0,73 y la mayoría de los farmacéuticos (92,1%) se mostraron satisfechos con los diversos aspectos del programa de entrenamiento.

El programa de formación web mejoró positivamente los conocimientos y las habilidades asociadas con la detección de la enfermedad renal crónica por parte de los farmacéuticos.

Estos resultados apoyan aún más el desarrollo y la aplicación generalizada del programa de formación para facilitar la promoción de la salud y la identificación temprana de la enfermedad renal crónica en el entorno de la farmacia comunitaria.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

Impact of medication reconciliation at discharge on continuity of patient care in France

Mélanie Van Hollebeke, Sarah Talavera-Pons, Aurélien Mulliez, Valérie Sautou, Gilles Bommelaer, Armand Abergel, Anne Boyer

International Journal of Clinical Pharmacy. October 2016, Volume 38, Issue 5, pp 1149–1156

http://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0344-z?wt_mc=alerts.TOCjournals

El alta hospitalaria se ha identificado como un factor de riesgo en la continuidad de la atención al paciente dado de alta.

Sin la información correcta, el farmacéutico comunitario (CP) no puede garantizar la dispensación de medicamentos sin errores. Un proceso de transmisión de registros del hospital a la comunidad permitiría a los CP garantizar que todos los medicamentos prescritos están listos para recoger el momento del alta hospitalaria y también para mejorar la información suministrada a las preguntas de salud por parte del paciente. En este estudio se evalúa el impacto de un sistema de comunicación de registros de medicación desde el hospital a los CP para la continuidad del tratamiento tras el alta hospitalaria del paciente.

Estudio piloto aleatorizado, prospectivo, realizado en un solo centro, el servicio de cirugía digestiva del hospital universitario.

Se seleccionaron pacientes adultos del departamento de cirugía digestiva dados de alta durante un período de 4 meses.

El procedimiento de conciliación de la medicación fue el mismo en ambos grupos del estudio

Para los pacientes incluidos en el grupo de intervención, fueron enviados a los CP la medicación prescrita en el momento del alta hospitalaria, la lista de medicamentos de uso habitual del paciente y los datos clínicos y biológicos necesarios para la dispensación de medicamentos.

A los 7 ± 2 días después del alta hospitalaria los CP fueron encuestados usando un cuestionario creado para el estudio. Se evaluaron la uniformidad de la continuidad del tratamiento farmacológico, el uso del formulario de medicamentos prescritos al alta, y la satisfacción del CP con el esquema.

Las principales medidas que se valoraron fueron: la prevalencia de la escasez de medicamentos, es decir, cuando los CP eran incapaces de suministrar los medicamentos prescritos al alta (por cualquier motivo) y los niveles de satisfacción del CP. Los resultados se analizaron mediante el test de Chi cuadrado. Se incluyeron en el estudio 124 pacientes.

De los 124 CP encuestados, 104 devolvieron el cuestionario completado en su totalidad.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

En el análisis del estudio se encontró una escasez de medicamentos en 10 pacientes del grupo de control y en 1 paciente del grupo de intervención, la no disponibilidad de la receta completa en el 24% de los pacientes del grupo de control y en el 6% de los pacientes del grupo de intervención. En términos de satisfacción del CP, el 96% del grupo de intervención declararon que estaban satisfechos con la nueva iniciativa de enlace entre el alta hospitalaria y el farmacéutico comunitario (CP), mientras que sólo el 24% del grupo de control se mostraron satisfechos con el nivel actual de comunicación entre el hospital y la farmacia comunitaria. La media de tiempo empleada por el CP para acceder a los datos hospitalarios del paciente al alta fue de 35 minutos para el grupo de intervención y de 21 minutos para el grupo de control

Los resultados proporcionan una sólida justificación para 'incrustar' este proceso a más largo plazo y lo extiende a otros servicios de salud.

Se necesita un estudio previo para definir qué servicios de salud y grupos de pacientes se deben priorizar en esta iniciativa.