

Presidencia española en las instituciones farmacéuticas

En este momento, la farmacia española tiene a dos farmacéuticos como máximos responsables en las instituciones profesionales con mayor prestigio e influencia para el desarrollo de la Farmacia a nivel mundial.

Desde 2014, Carmen Peña preside la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y, durante 2018 Jesús Aguilar, Presidente del Consejo General, ostentará la Presidencia del Grupo de Farmacia Europeo (PGEU).

FIP es una organización mundial que representa a científicos y farmacéuticos que trabajan en diferentes campos. Desde su creación en 1912 ha logrado difundir la importancia social del farmacéutico, su valor profesional y su contribución al cuidado del paciente. Uno de sus objetivos principales es maximizar la efectividad de la colaboración entre la práctica, la ciencia y la educación.

En este sentido, Carmen Peña ha trabajado desde el Consejo General primero y actualmente como presidente de FIP, afirmando en el 77º Congreso de Argentina, su interés en centrar la actividad de la Institución en tres áreas: en **las personas**, en **los servicios** y en la **sostenibilidad**. “Las personas, porque son la razón de ser de todas nuestras estrategias; los servicios, porque son lo que las personas necesitan; y la sostenibilidad, porque todo lo que hacemos debe ser viable” Siguió diciendo que “el nuevo perfil de paciente abre nuevas áreas de acción en términos de asistencia sanitaria y en particular en la farmacia, por lo que se deben promover nuevos servicios más allá de la dispensación de medicamentos”. “Necesitamos –precisó– explorar nuevas vías y actualizar el concepto de asistencia sanitaria, preocuparnos más por la continuidad, la integración de procesos y la coordinación sociosanitaria”. Peña también defendió que es necesario establecer nuevos modelos de cooperación entre los distintos profesionales propugnando políticas que fortalezcan la coordinación.

Apoyando estas afirmaciones FIP elaboró y editó documentos que ayudan a mejorar la calidad de los servicios y avanzar en la atención al paciente. Así, el documento **“Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas Prácticas en Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos”** establece los requisitos necesarios de Buenas Prácticas, así como las condiciones necesarias para su cumplimiento. Entre estas condiciones figuran, la existencia de un sistema que permita informar y tener información sobre el uso de los medicamentos, conocer la información médica y farmacéutica básica (es decir, el diagnóstico, los resultados de los análisis clínicos y los antecedentes patológicos personales) de cada paciente. También se destaca la necesidad de abordar cambios en la formación de los futuros farmacéuticos para adaptarla a las nuevas prácticas. Sobre este aspecto de la reforma curricular en la última reunión de FIP en 2017 se hace referencia a las características que ha de tener esta transformación: enfoques basados en la competencia, formación inter-profesional y trans-profesional y el uso de la tecnología de la información para el aprendizaje.

En el Grupo de Farmacia Europeo, Rajesh Patel anterior Presidente de PGEU acaba de presentar el informe anual correspondiente al 2017. Asumidas las necesidades de vigilar las falsificaciones de medicamentos, la resistencia a los antibióticos o la falta de adherencia achacable a desabastecimientos, el informe pasa a plantear el nuevo horizonte profesional. Enumera y valora los servicios surgidos en la farmacia comunitaria que mejoran resultados de salud atribuibles al uso de medicamentos (Revisiones de medicación simples, con seguimiento, o con especial atención a la prescripción de Nuevos Medicamentos; Seguimiento especializado en enfermedades crónicas como hipertensión, EPOC, Asma o Diabetes o cribajes con medición de parámetros biológicos) y pone sobre la mesa los condicionantes de la nueva farmacia comunitaria europea como son el envejecimiento de la población y la cronicidad, la no optimización de la farmacoterapia, la fragmentación asistencial y deficiente colaboración con equipos sanitarios, modelos emergentes de servicios farmacéuticos necesitados de integrarse en la Atención Primaria a los pacientes. Abordar estos problemas desde PGEU, dice el informe, hará valer en Europa a la farmacia comunitaria como un recurso indispensable para la sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios.

Entre los miembros de PGEU, además de las Entidades Profesionales Nacionales se incluyen también otras agrupaciones de farmacia comunitaria. Representando a Francia, además de su Consejo General (L'Ordre Nationale des Pharmaciens), está presente la Union de Sindicatos de farmacéuticos de oficina: USPO, que en Julio de 2017 firma un acuerdo con la UNCAM (entidad que gestiona los principales seguros de enfermedad) con un triple objetivo: **Transformar, Proteger y Valorar la función del**

farmacéutico como profesional de la Salud. Este acuerdo se transforma en un Decreto del último 9 de Marzo detallando cuáles son los procedimientos del **registro compartido de seguimiento de medicación** y su remuneración.

Estos posicionamientos actuales de FIP y PGEU hacen recordar el discurso del inicio de la AF **“nuestra reprofesionalización se habrá completado cuando todos los farmacéuticos acepten que el mandato social en nuestro tiempo consiste en asegurar la farmacoterapia efectiva y segura a cada individuo atendido”**. Opportunities and responsibilities de Hepler y Strand en 1990

Todo ello respaldará que la presidencia española en 2018 afiance los contenidos asistenciales para la FARMACIA en Europa y consecuentemente también en nuestro país.

Flor Álvarez de Toledo
Ana Dago Martínez
Patrono Pharmaceutical Care España



❖ ORIGINAL

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso.

Cooperation Program between the Primary Care Pharmacy and the Community Pharmacy of the Official Association of Pharmacists of Barcelona's province: abstract of the consensus document

Vallés Fernández R¹, Aranzana Martínez F², Puig Soler R³, Ponsa Roca M⁴, Ballart Hernández F⁵, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia⁶

¹Farmacéutica de Atención Primaria Direcció Atenció Primària Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut, Barcelona, España.

²Farmacéutica comunitaria, Vocal de Oficina de Farmacia del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Barcelona, España.

³Farmacéutica de Atención Primaria, EBA Vallcarca SL, Área del Medicament, Servei Català de la Salut, Barcelona, España.

⁴Directora del Departamento de Comunicación colegial y Centro de Documentación, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Barcelona, España.

⁵Jefe de Secretaría, Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, Barcelona, España.

⁶Guillermo Bagueria de Casanova: Farmacéutico comunitario. Vicetresorero del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. España. Eva Bellerino Serrano: Médico del Equipo de Atención Primaria Sabadell 7 (La Serra) y responsable asistencial del Servicio de Atención Primaria Vallés Occidental. Institut Català de la Salut. Sabadell. España. Gladys Bendahan Barchilon: Farmacéutica de Atención Primaria del Servicio de Atención Primaria Esquerra. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. Susanna Boada Lloro: Farmacéutica comunitaria, Barcelona. España. Pere Casanovas Baiget: Farmacéutico comunitario Barcelona. España. Maria Estrada Campmany: Farmacéutica. Departamento de Formación y Desarrollo profesional. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Barcelona, España. Eladio Fernández Liz: Farmacéutico de atención primaria. Àmbit Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut. Barcelona. España. Anna Juvés Vidal: Farmacéutica comunitaria. Barcelona, España. Esther Pastor Ramón: Farmacéutica de Atención Primaria del Servicio de Atención Primaria Vallès Oriental. Institut Català de la Salut. Granollers. España. Cristina Rodríguez Caba: Farmacéutica. Directora del Departamento de Formación y Desarrollo profesional. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Barcelona. España. M^a Concepció Veciana Borràs: Farmacéutica Comunitaria, Barcelona, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

Fecha de recepción 03/10//2017 **Fecha de aceptación** 12/03/2018

Correspondencia: Roser Vallés Fernández

Correo electrónico: rvallesf@gencat.cat

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

Este documento de consenso fue presentado en el congreso Infarma 2017 en la mesa “Alianza de los farmacéuticos en red al servicio de los pacientes”

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria (médicos/enfermeras)
BBS: portal internet del COFB para sus colegiados
COFB: Colegio de Farmacéuticos de Barcelona
CCFC: Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña
FAP: Farmacéuticos de atención primaria
FC: Farmacéuticos comunitarios
MACA: Paciente con enfermedad crónica avanzada
PCC: Paciente crónico complejo
PRM: Problemas relacionados con los medicamentos
RE: Receta electrónica
SEFAP: Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
SPD: Sistema personalizado de dosificación

97

RESUMEN

La colaboración entre el farmacéutico comunitario (FC) y el farmacéutico de atención primaria (FAP) es necesaria para fomentar una política farmacéutica común y coherente que permita ofrecer mensajes únicos e inequívocos a la población.

En este artículo presentamos los principales contenidos del documento de consenso “Programa de colaboración Farmacia de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria: protocolo de comunicación” del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB). Este documento pretende ser una herramienta de ayuda para el FC y para el FAP para

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

implantar una atención farmacéutica integradora e integral en estos dos ámbitos asistenciales.

El objetivo principal es establecer canales de coordinación entre profesionales farmacéuticos del ámbito asistencial comunitario y los de la atención primaria (FAP) que faciliten la colaboración y mejoren la atención farmacéutica ofrecida a la población.

El presente protocolo hace una propuesta de actuación entre la FC y la FAP para cubrir estas necesidades de comunicación. Se trata de analizar las necesidades reales de comunicación, describir los canales utilizables para llevarla a cabo y hacer una propuesta de cómo actuar aplicable en los diferentes contextos. Es una propuesta que define líneas generales de actuación que posteriormente requerirá un desarrollo más detallado y específico según la realidad de cada territorio.

98

El texto ha sido desarrollado de forma consensuada entre FAP y FC, médicos especialistas en medicina de familia y profesionales expertos del COFB. El grupo de trabajo ha sido liderado por las responsables de las vocalías de Oficina de Farmacia y de la de FAP.

Palabras clave: Farmacia comunitaria; farmacia atención primaria; colaboración; comunicación; atención farmacéutica.

ABSTRACT

The cooperation between the community pharmacist (CP) and the primary care pharmacist (PCP) is necessary to boost a common and coherent drug policy that offers unique and unequivocal messages to the population.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

In this article we come up with the main contents of the consensus document “Cooperation Program Primary Care Pharmacy and Community Pharmacy: communication protocol” of the Official Association of Pharmacists of Barcelona (OAPB). This document pretends to be a support tool to the CP and to the PCP so that they carry out an integrating pharmaceutical care in this two areas of health.

The main objective is to establish coordination channels between pharmacists of the community healthcare area and the ones from the primary care (PCP) in order to facilitate the collaboration and improve the pharmaceutical care offered to the population.

This protocol presents a proposal for action between the CP and the PCP to cover all needs of communication. It is based on analysing the real communication needs, describing the channels to communicate and showing a proposal for action suitable in the different contexts. It is a proposal that define the general lines of action. Subsequently, it will need a more detailed and specific development according to the reality of each area.

The text have been developed in a consensual way between PCP and CP, doctors specialized in family medicine and skilled professionals of the OAPB. The working group has been headed for the people responsible for the Pharmacy Office and the ones from the PCP.

Key words: *Community pharmacy; primary care pharmacy; cooperation; communication; pharmaceutical care.*

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las administraciones sanitarias apuestan por modelos organizativos que faciliten la atención sanitaria integral e integrada del paciente y en la efectividad de las actuaciones asistenciales^{1,2}.

Esta integración de los servicios asistenciales no solo debe ser a nivel organizativo entre las diferentes instituciones, sino que es fundamental que haya una integración clínica real. El documento de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) sobre la gestión farmacoterapéutica integrada³, define como integración clínica “el mecanismo por el cual los diferentes agentes, profesionales o dispositivos asistenciales que prestan servicios a un ciudadano, tienen y comparten los mismos objetivos de atención y sitúan, a ese ciudadano, en el centro del sistema”. Para conseguirlo, el modelo debe basarse en los principios de cooperación y de responsabilidad compartida entre los diferentes agentes.

Una consecuencia lógica de esta integración clínica es la gestión clínica integrada del medicamento³.

Actualmente los servicios farmacéuticos del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la atención hospitalaria, atención primaria y atención comunitaria, dan cobertura a un acceso óptimo al medicamento por parte de la población y a una atención farmacéutica y clínica que permite un uso efectivo y eficiente de las terapias farmacológicas³. Pero resulta más difícil conseguir que esta atención farmacéutica y clínica sea integral y coordinada entre los diferentes niveles asistenciales

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

farmacéuticos, tal como requiere la situación actual de continuidad asistencial y de atención centrada en el paciente.

Existen numerosos estudios sobre los beneficios que aportan la colaboración y la integración del farmacéutico, tanto de la farmacia de atención primaria como en la farmacia comunitaria, en equipos asistenciales multidisciplinares⁴⁻¹². Estos estudios muestran que existen barreras y factores que pueden dificultar esta colaboración interdisciplinar y que deben tenerse en cuenta cuando se quieren implantar modelos de integración clínica¹³⁻¹⁵. Uno de los aspectos básicos a tener en cuenta es la comunicación entre los diferentes actores y la actitud y la percepción que puedan tener frente a la colaboración y el trabajo en equipo con otros profesionales.^{13,14,16,17} Para ello, es fundamental establecer sistemas que faciliten una relación continua y fluida entre los diferentes niveles asistenciales y que fomenten el conocimiento mutuo.

En Cataluña la implementación de la receta electrónica desde el año 2012 por parte del CatSalut (organismo del Departament de Salut de la Generalitat que tiene por objetivo garantizar la atención sanitaria de cobertura pública, integral y de calidad a la ciudadanía de Cataluña), ha permitido disponer de una herramienta electrónica común entre el FC y el FAP. Este sistema de prescripción y dispensación permite la posibilidad de establecer comunicación directa y confidencialidad entre el FC y el FAP u otros profesionales sanitarios de AP u otros niveles asistenciales, aunque actualmente el sistema de mensajería de receta electrónica no está implementado al 100%.

Una figura clave de nuestro sistema de salud que puede actuar como agente facilitador en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, desde el punto de vista

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

farmacoterapéutico, es el farmacéutico de atención primaria (FAP). Una de sus funciones fundamentales de su cartera de servicios es facilitar la coordinación farmacoterapéutica con otros niveles asistenciales ya que la atención primaria es el elemento integrador de todas las actuaciones que puede recibir el paciente cuando interactúa con los diferentes agentes de nuestro sistema de salud³. Así pues, para conseguir un correcto desarrollo de una atención farmacéutica integral y coordinada en el ámbito de la atención primaria y comunitaria, es importante que el FAP fomente y facilite la colaboración con el farmacéutico comunitario (FC).

Los estudios comentados anteriormente analizan en profundidad la relación y el trabajo integrado del farmacéutico con otros agentes de salud pero no hemos hallado estudios que analicen la coordinación y la comunicación que deberían tener los farmacéuticos de los diferentes niveles asistenciales entre sí.

La colaboración entre el FC y el FAP es necesaria e imprescindible para fomentar una política farmacéutica común y coherente en el ámbito comunitario que permita ofrecer mensajes únicos e inequívocos a la población.

En el caso de Cataluña, a diferencia de algunas Comunidades Autónomas, el FAP no está presente en cada centro de atención primaria si no que está presente en los servicios centrales transversales por áreas geográficas que engloban diferentes centros de atención primaria. Este hecho dificulta la comunicación FC – FAP.

Las vocalías de Oficina de Farmacia y de Atención Primaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona (COFB) han detectado, a través de las reuniones de coordinación de las dos vocalías y de la encuesta realizada a los colegiados del grupo de trabajo, todas estas necesidades de colaboración que se deberían resolver. Por este motivo se ha

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

querido crear un programa pionero en el ámbito de la farmacia que fomente este trabajo en equipo entre los FC y los FAP.

En este artículo presentamos de manera resumida los principales contenidos del documento de consenso “Programa de colaboración Farmacia Atención Primaria y Farmacia Comunitaria: protocolo de comunicación” del COFB. Este documento quiere constituirse en una herramienta de ayuda para el FC y el FAP que permita implantar una atención farmacéutica integradora e integral en estos dos ámbitos asistenciales. El texto ha sido consensuado entre FAP y FC, médicos especialistas en medicina de familia y profesionales expertos del COFB. El grupo de trabajo ha sido liderado por las responsables de las dos vocalías anteriormente citadas.

PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL “PROGRAMA DE COLABORACIÓN FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA COMUNITARIA: PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN”.

103

El objetivo principal de este programa es establecer canales de coordinación entre profesionales farmacéuticos del ámbito asistencial comunitario y de la atención primaria (AP) que faciliten la colaboración y mejoren la atención farmacéutica que se ofrece a la población. Esta mejora en la atención farmacéutica se basa en los siguientes aspectos:

- Información coherente sobre los criterios en el uso seguro y selección de medicamentos.
- Coordinación en la resolución de incidencias relacionadas con la prescripción y la dispensación de los medicamentos.
- Seguimiento conjunto de los pacientes crónicos.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

- Colaboración en proyectos de continuo asistencial entre la AP y la FC.

La comunicación entre estos profesionales sanitarios es una herramienta imprescindible para conseguir un correcto desarrollo de esta atención farmacéutica^{1,13}.

Este protocolo ofrece una propuesta de actuación entre la FC y la FAP para cubrir estas necesidades de comunicación. Se trata de analizar las necesidades reales de comunicación, describir los canales por los que podría circular y hacer una propuesta de cómo actuar que sea aplicable en los diferentes contextos.

LÍNEAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN ENTRE LA AP Y LA FC¹⁷

Información general

Se trata de información formal y de carácter institucional que afecta de manera global al uso racional del medicamento y otras actividades de promoción y prevención de la salud.

Contenidos

- a) Política sanitaria institucional relacionada con el medicamento: son las políticas sanitarias que definen los órganos de gobierno de cada Comunidad Autónoma. En el caso de Cataluña son el Departament de Salut y el Servei Català de la Salut (CatSalut) que definen los contenidos del “Plan de Salud”; los programas de armonización terapéutica; la receta electrónica; el índice de calidad de prescripción farmacéutica, etc.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

- b) Política sanitaria local relacionada con el medicamento: es la política institucional adaptada según las características del territorio que aplican los diferentes centros de salud.
- c) Problemas relacionados con la falta de suministro de medicamentos: detección precoz de estos problemas y como aplicar las alternativas disponibles.
- d) Cambios en el catálogo y en la financiación de medicamentos: principalmente si estos cambios implican también cambios en la prescripción.
- e) Alertas de seguridad en el uso de los medicamentos: para gestionar de manera coordinada las alternativas a aplicar ante una alerta de seguridad.

Procedimiento

La tabla 1 muestra la propuesta del procedimiento a seguir según el tipo de contenido. En general para este tipo de información se puede utilizar siempre el correo electrónico como canal de comunicación. En algunos casos suelen ser útiles las reuniones, las jornadas o las actividades formativas para transmitir mensajes. Cabe mencionar también la BBS, portal de internet del COFB para sus colegiados, como una fuente de consulta importante para este tipo de información.

Interlocutores

- Órganos de gobierno: responsables del área del medicamento y de farmacia del Departament de Salut y del CatSalut.
- FAP de cada territorio.
- FC: la vocalía de Oficina de Farmacia del COFB traslada la información a todas las Oficinas de Farmacia (OF) organizadas en torno a las figuras de los

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

coordinadores y delegados territoriales. La figura de estos profesionales la creó la vocalía de OF del COFB con el objetivo de facilitar la coordinación con la OF y crear un red de profesionales FC que potencien y coordinen el trabajo en equipo de los FC de cada territorio. Los coordinadores son nombrados directamente por la Junta de Gobierno del COFB (en total 21, uno por cada sector) y los delegados son 1 por cada área básica de salud (total 206 farmacéuticos). Todos ellos han recibido formación por parte del COFB sobre el rol que deben desempeñar y sus funciones.

- COFB

TEMA A COMPARTIR	INTERLOCUTORES (emisor → receptor)	CANAL DE COMUNICACION	
Política sanitaria institucional relacionada con el medicamento	<p>Plan de salud (http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/)</p> <p>Política financiación selectiva</p> <p>Índice de calidad de la prescripción farmacéutica (http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/proveidors-del-medicament/catsalut-entitats-proveidors/index-qualitat-prescripcio-farmacautica-IOF/)</p> <p>Programa de armonización terapéutica (http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/)</p> <p>Receta electrónica</p> <p>Proyecto Essencial (http://essencialsalut.gencat.cat/ca/inici/)</p>	<p>Departament de Salut y/o CatSalut → FAP.</p> <p>Departament de Salut y/o CatSalut → COFB</p> <p>COFC → FC.</p>	<p>Internet</p> <p>Correo electrónico*</p> <p>jornadas/reuniones/actividades formativas</p>
Política sanitaria local relacionada con el medicamento.	<p>Criterios de selección de medicamentos locales</p> <p>Intervenciones para mejorar el uso racional del medicamento.</p>	<p>FAP → vocalía OF COFB + coordinadores</p> <p>FC → delegados FC → FC.</p>	<p>Correo electrónico*</p> <p>Reuniones/jornadas/actividades formativas</p>
Problemas de suministro de medicamentos (circuito de falta de suministro)	Situación de falta de suministro sin alerta del Ministerio de Sanidad.	<p>COFB/Coordinadores FC → FAP</p>	<p>Correo electrónico*</p> <p>BBS</p> <p>Teléfono</p> <p>CISMED</p>
Cambios en el catálogo y la financiación de los medicamentos que afectan la prescripción		<p>CatSalut → FAP, COFB/COFC.</p> <p>COFB → FC, FAP.</p>	<p>Correo electrónico*</p> <p>BBS</p>
Alertas de seguridad de los medicamentos	<p>Información de la incidencia</p> <p>Resolución y/o alternativas</p>	<p>Departament de Salut y/o CatSalut/FAP, →</p> <p>COFB, FC.</p> <p>COFB → FC, FAP.</p>	<p>Correo electrónico*</p> <p>BBS</p>

BBS: portal internet del COFB para sus colegiados. **OF:** Oficinas de farmacia

COFB: Col·legi Farmacèutics de Barcelona. **CISMED:** Centro información suministro medicamentos del COFB

COFC: Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña. **FAP:** Farmacéuticos de atención primaria

FC: Farmacéuticos comunitarios

* El correo electrónico y el teléfono no garantizan la confidencialidad de los datos. En caso necesario la información vía e-mail debe ser enviada encriptada o en un sistema de uso restringido

Tabla 1: Información general



Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

Información básica asistencial individualizada

Datos relacionados con el acto de prescripción y de dispensación que tienen como objetivo el paciente de manera personalizada y que pueden repercutir en su terapéutica y/o en su estado de salud.

Contenidos

- a) Cambios en el plan terapéutico.
- b) Incidencias relacionadas con la medicación que afectan a la seguridad del paciente.
- c) Seguimiento de pacientes crónicos o de pacientes incluidos en programas de salud específicos.
- d) Incidencias en la prescripción de fórmulas magistrales.

107

Procedimiento

La tabla 2 muestra la propuesta del procedimiento a seguir según el tipo de contenido. El canal de comunicación óptimo para este tipo de información es la mensajería a través del sistema de receta electrónica ya que garantiza la confidencialidad en la transmisión de la información. Opcionalmente y para temas urgentes se puede establecer un primer contacto a través del teléfono (en este caso la confidencialidad no está garantizada) o mediante el correo electrónico aplicando las medidas oportunas. Si es necesario el FC solicitará consentimiento por parte del paciente. No se considera la opción de no resolución de incidencia porque en todos los casos se debe dar una respuesta al paciente.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

Interlocutores

- AP: son los médicos y enfermeras que atienden al paciente. El FAP solo intervendrá en caso de no resolución de la incidencia después de la interlocución con el médico y/o enfermera.
- FC: el farmacéutico que atiende al paciente. El farmacéutico coordinador o delegado territoriales solo intervendrá en caso de no resolución de la incidencia.
- COFB

TEMA A COMPARTIR	INTERLOCUTORES (emisor ↔ receptor)≠	CANAL DE COMUNICACIÓN
Cambios en el plan de medicación	Cambio en la selección de medicamentos y/o en la pauta posológica AP ↔ FC	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)
	Problemas de validación sanitaria Otros problemas de la receta electrónica AP ↔ FC	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)
	Problemas en la disponibilidad del medicamento del plan de medicación FC ↔ AP	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)
Seguridad del paciente	Errores de prescripción/dispensación Detección de PRM FC ↔ AP	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)
Seguimiento pacientes crónicos, PCC/MACA o en programas específicos Protocolos específicos con derivación de pacientes	Pacientes con SPD, PCC o MACA Pacientes incluidos en programas de atención farmacéutica FC ↔ AP	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)
Incidencias en la prescripción de fórmulas magistrales.	Composición de la fórmula inadecuada Falta de disponibilidad de los componentes Tipo de receta inadecuada FC ↔ AP	Mensajería RE Correo electrónico* (o urgente teléfono**)

AP: Atención Primaria (médicos/enfermeras). FC: Farmacéuticos comunitarios MACA: Paciente con enfermedad crónica avanzada PCC: Paciente crónico complejo
PRM: Problemas relacionados con los medicamentos RE: Receta electrónica SPD: Sistema personalizado de dosificación

** El teléfono solo es un medio de contacto inicial y urgente porque no garantiza la confidencialidad.
* El correo electrónico y el teléfono no garantizan la confidencialidad de los datos. En caso necesario la información vía e-mail debe ser enviada encriptada o en un sistema de uso restringido.
≠ En caso necesario puede haber comunicación directa del FAP con el FC.

Tabla 2: Información básica asistencial individualizada



Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

Información de programas especiales y otros

Es la información sobre actividades de promoción y prevención de la salud y situaciones específicas sobre campañas sanitarias y programas como cribados poblacionales, servicios asistenciales determinados, prevención de riesgos, entre otros.

Contenidos

- a) Programas de salud: por ejemplo campañas de vacunación, cribado del cáncer de colon, etc.
- b) Organización del sistema de salud: las novedades sobre la estructura organizativa de las instituciones de gobierno que afectan a la gestión del medicamento.

109

Procedimiento

La tabla 3 se muestra la propuesta del procedimiento a seguir según el tipo de contenido. En general para este tipo de comunicaciones es muy útil la información disponible en internet o en la BBS del COFB. También puede utilizarse el correo electrónico o la mensajería de la receta electrónica para casos concretos.

Interlocutores

- Órganos de gobierno: responsables del área del medicamento y de la farmacia del Departament de Salut y del CatSalut.
- FAP de cada territorio.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

- FC: la vocalía de Oficina de Farmacia del COFB transmite la información a todas las Oficinas de Farmacia organizadas alrededor de las figuras de los coordinadores y delegados territoriales.
- COFB

TEMA A COMPARTIR	INTERLOCUTORES (emisor → receptor)	CANAL DE COMUNICACIÓN
Programas de salud	Campañas de salud pública CatSalut/Departament de Salut → FC / AP / FAP / COFB / CCFC COFB / CCFC → AP / FAP	Internet, BBS o correo electrónico*
	Campañas de vacunación AP → coordinadores COFB → FC → AP	Correo electrónico*, mensajería RE.
	Otros programas sanitarios del Departament de Salut y del CatSalut Estudios y pruebas piloto CatSalut / Departament de Salut → FC / AP / FAP / COFB / CCFC	Internet, BBS o correo electrónico*
Organización sistema sanitario	Departament de Salut / CatSalut → AP / FC / FAP / COFB / CCFC	Internet, BBS

AP: Atención Primaria (médicos/enfermeras) BBS: portal internet del COFB para sus colegiados COFB: Col·legi Farmacèutics de Barcelona
CCFC: Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña FAP: Farmacéuticos de atención primaria FC: Farmacéuticos comunitarios RE: Receta electrónica
* El correo electrónico no garantiza la confidencialidad de los datos. En caso necesario la información vía correo electrónico debe ser enviada encriptada o en un sistema de uso restringido.

Tabla 3: Información de programas especiales y otros

Estructura del proceso de comunicación

La estructura del proceso de comunicación se basa en cuatro ejes fundamentales:

- a) La figura de los interlocutores.
- b) Los canales de comunicación.
- c) La definición del carácter de la comunicación.
- d) El circuito de comunicación

Para implantar y dinamizar el proceso de comunicación es necesario que estos 4 ejes estén bien definidos *a priori* y correctamente protocolizados.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

a) *Interlocutores*: es necesario definirlos en cada territorio o área básica de salud (ABS) según sus características. Son responsabilidad de los interlocutores:

- Actuar como gestores de la información
- Mantener un contacto continuo mediante reuniones periódicas y transmisión continuada de la información.

Los datos de contacto de los coordinadores de FC i de FAP estarán disponibles a la BBS del COFB para todos los colegiados del COFB. Si es necesario pedirá consentimiento informado al paciente para utilizar sus datos fuera de su equipo asistencial directo.

b) *Canales de comunicación*

- Mensajería de receta electrónica RE: se considera el más recomendado porque garantiza la confidencialidad.
- Actividades presenciales (reuniones, jornadas, etc.).
- El correo electrónico y el teléfono no garantizan la confidencialidad y la seguridad del tratamiento de la información. Se debería buscar una forma para que esta información viaje de manera segura, como por ejemplo, en un sistema de encriptado de datos, etc.
- BBS, internet
- COFB

c) *Carácter de la comunicación*

El carácter de una comunicación determina la urgencia para resolver una incidencia y se clasifica en:

- Comunicación ordinaria: la respuesta del receptor no tiene que ser inmediata pero no se recomienda que se dilate más allá de una semana respecto a la fecha de la emisión del mensaje.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

- Comunicación urgente: la respuesta por parte del receptor debe ser lo más rápida posible porque se está delante de una situación que dificulta una dispensación con el paciente y que requiere una respuesta casi inmediata. Se recomienda una respuesta antes de las 24 horas posteriores a la emisión del primer mensaje. Si no se obtiene respuesta se debe derivar el paciente a su centro de atención primaria.
- d) *Circuito de comunicación*

Son los procedimientos descritos en el anterior apartado (ver tablas 1, 2 y 3).

Evaluación grado implantación protocolo

El COFB hará unas encuestas para saber la opinión de los coordinadores de FC y de los FAP sobre la comunicación y la colaboración entre los profesionales de AP y de la FC. Estas encuestas también se pasarán a los profesionales en la Jornada de presentación del protocolo del COFB y al cabo de un año para ver si ha cambiado la percepción de los farmacéuticos sobre este tema. Se hará un análisis tipo antes – después de los resultados.

En definitiva, creemos que es importante protocolizar un programa de colaboración porque permite consolidarlo y poner las bases para que tenga continuidad en el tiempo. Al mismo tiempo se trata de una propuesta que define líneas generales de actuación que posteriormente requerirá un desarrollo más detallado y específico según la realidad de cada territorio.

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

AGRADECIMIENTOS

Al personal de secretaria y comunicación del COFB. A todos los compañeros de FC y FAP que implantaran este protocolo y que no están en el grupo de trabajo inicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallribera P, Cunillera R. Organizaciones sanitarias integradas: modelos organizativos y alianzas estratégicas con el entorno. Societat Catalana de Gestió Sanitària, Bayer HealthCare i Antares Consulting. Disponible en: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/73b5cd2b6bc5148c117f68db4d7eff2a4f03f68f.pdf>
2. Vazquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. GacSanit 2012; 26(s): 94-101.
3. Catalán A, Amado E, Martínez J, Mataix A, Segú L. Posicionamiento SEFAP gestión farmacoterapéutica integrada. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) 2015. Disponible en: <http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/SEFAP-POSICIONAMIENTO-4.pdf>
4. Löffler C et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists – a qualitative study. BMC HealthServ Res 2017; 17(1): 224.
5. Kwint HF, Bermingham L, Faber A, Gussekloof, Bouvy ML. The relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. DrugsAging 2013; 30(2): 91-102.
6. Kelly DV, Bishop L, Young S, Hawboldt J, Phillips L, Keough TM. Pharmacist and physician views on collaborative practice: findings from the community pharmaceutical care project. Can Pharm J (Ott) 2013; 146 (4): 218-26.
7. Gillespie U, Mörlin C, Hammarlund-Udenaes M, Hedström M. Perceived value of ward-based pharmacists from the perspective of physicians and nurses. Int J ClinPharm 2012; 34(1): 127-35.
8. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane DatabaseSystRev 2009; 3: CD000072. Doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub.2.
9. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and

Programa de colaboración entre la Farmacia de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona: resumen del documento de consenso

Vallés Fernández R, Aranza Martínez F, Puig Soler R, Ponsa Roca M, Ballart Hernández F, Grupo de trabajo coordinación farmacia Atención Primaria-Oficinas de Farmacia.

❖ ORIGINAL

- general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open* 2016; 6(3): e010488.
10. Jové AM, Fernández A, Hughes C, Guillén-Solà M, Rovira M, Rubio-Valera M. Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain. *InterprofCare* 2014; 28(4): 352-7.
 11. Tan EC, Stewart K, Elliot RA, George J. Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacist. *Int J PharmPract* 2014; 22(1): 28 – 37.
 12. Sabater D, de la Sierra A, Bellver O, Divisón JA, Gorostidi M, Perseguer Z, Segura J, Tous S. Guía de actuación para el farmacéutico comunitario en pacientes con hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Documento de consenso. *PharmCareEsp* 2011; 13(3): 134-148.
 13. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC HealthServ Res* 2012; 12: 188.
 14. Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract* 2003; 53(493): 600 – 6.
 15. Weissenborn M, Hefeli WE, Peters-Klimm F, Seiding HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. *Int J Clin Pharm* 2017. Doi 10.1007/s11096-017-0450-8 (epub ahead of print).
 16. Bidwell S, Thompson L. GPs community pharmacists and shifting professional boundaries. *N Z Med* 2015; 128(1414): 19-26.
 17. Estrada-Campmany, M. Disseny i validació d'un full interconsulta entre farmacèutics comunitaris i equips d'atenció primària. Tesina Màster Salut Pública , Universitat Pompeu Fabra, septiembre 2008

❖ ORIGINAL

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Educational interventions in patients with uncontrolled asthma in a public hospital in Costa Rica: observational, prospective study.

Montoya Vargas W¹, León Salas A¹, Campos Fallas C², Montero Chinchilla N¹.

¹Docente adjunta, Instituto de Investigaciones Farmacéuticas (INIFAR), Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

²Médico asistente, Director Servicio de Neumología, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

115

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio pretende evaluar una propuesta de atención farmacéutica a pacientes asmáticos para verificar su influencia sobre el control de la enfermedad.

Método: Se ejecutó un estudio cuasi experimental, descriptivo, prospectivo en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica. Los participantes fueron identificados en la Clínica AIRE, lugar donde terapeutas respiratorios brindan educación sobre el uso de dispositivos inhalados. Se diseñó un procedimiento que permitiera la inclusión del farmacéutico en la atención de pacientes asmáticos, con actividades de educación

Fecha de recepción 30/11/2017 **Fecha de aceptación** 20/03/2018

Correspondencia: Wendy Montoya

Correo electrónico: wendy.montoya@ucr.ac.cr



Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

sobre el asma, instrucción sobre la técnica inhalatoria y seguimiento farmacoterapéutico; distribuidas en un total de cuatro sesiones.

Resultados: Luego de las intervenciones farmacéuticas implementadas se logró un cambio estadísticamente significativo en la adherencia al tratamiento ($p = 0.003$). Esta mejora se relaciona con un aumento en el uso (47%) y disminución de los olvidos de la terapia de mantenimiento (29%), la no suspensión de la terapia a pesar de efectos adversos (23%) y el uso de medicamentos a las horas indicadas (11%). En los parámetros de control del asma se presentó un cambio estadísticamente significativo en el valor promedio en el Test de Control del Asma (Inicial: 14.4 Final: 20.2, $p = 0.005$). Los resultados en las mediciones del Pico Flujo Espiratorio mostraron una tendencia hacia la zona de control

Conclusiones: La intervención farmacéutica en la atención de pacientes asmáticos complicados podría tener un impacto positivo en el mejoramiento de la calidad de vida y adherencia al tratamiento en pacientes tratados en servicios hospitalarios altamente especializados.

Palabras clave: *Asma, farmacéutico, atención farmacéutica, tratamiento, educación sanitaria.*

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the influence of a pharmaceutical care intervention in asthmatic patients.

Methods: It was conducted a quasi-experimental, descriptive and prospective study in the San Juan de Dios Hospital in Costa Rica. Participants were identified at the AIRE clinic, a place where respiratory therapists provide education on the correct use of respiratory inhalant products. Was designed a protocol for pharmacists to actively

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

participate in the attention of asthmatic patients through education, instruction on inhalatory technique and pharmaceutical follow-up. Every participant received a total of four sessions.

Results: It was observed a statistical significant change in medication adherence ($p = 0,003$) after the pharmaceutical interventions were implemented. This improvement was associated with an increase in the use (47%) and a positive behavior in remembering administration of maintenance therapy (29%), the non-suspension of the treatment even in the presence of adverse reactions (23%) and the use of medication at the times indicated (11%). As part of the asthma control parameters, a statistical significant change was observe in the Asthma Control Test (Initial: 14.4 Final: 20.2, $p = 0.005$). The Peak Expiratory Flow values showed a tendency to control.

Conclusions: Pharmacists intervention in the attention of complicated asthmatic patients may have a positive impact in quality of life and treatment adherence in patients treated in specialized hospital-based services.

Key words: *Asthma, pharmacist, pharmaceutical care, treatment, health education.*

117

INTRODUCCIÓN

El asma es un trastorno inflamatorio crónico que provoca una obstrucción episódica de la vía respiratoria, caracterizada por limitación al flujo de aire espiratorio con broncoconstricción, edema, hiperreactividad y remodelamiento de la vía aérea¹⁻⁴. Es una enfermedad que se trata principalmente con terapias inhaladas⁵ y un tratamiento efectivo ayuda a restablecer la calidad de vida de los pacientes y provee un beneficio económico a la familia, al mejorar la productividad de las personas asmáticas y disminuir el ausentismo laboral y escolar^{6,7}.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

A pesar del beneficio que brinda el tratamiento, diferentes investigaciones han comprobado una alta frecuencia en el uso incorrecto de los medicamentos inhalados, que comprometen la efectividad y la adherencia al tratamiento⁸⁻¹⁶, haciendo a los pacientes más susceptibles de un mal control del asma y riesgo de exacerbaciones¹⁵⁻¹⁶. El presente estudio pretende evaluar una propuesta de atención farmacéutica a pacientes asmáticos para verificar su influencia sobre el control de la enfermedad. El mismo fue realizado en el Hospital San Juan de Dios (HSJD) centro ubicado en el tercer nivel de atención del sistema de salud costarricense¹⁷. A este tipo de hospitales de alta complejidad se refieren los pacientes asmáticos de difícil diagnóstico y/o control, que requieren estudios adicionales, así como pacientes que requieren mayor educación sobre factores desencadenantes, que presentan problemas con la adherencia, entre otros¹⁸.

118

PERSONAS Y MÉTODOS

Se ejecutó un estudio cuasi experimental, observacional prospectivo en el HSJD de mayo a diciembre del 2014. Los participantes fueron identificados en la Clínica AIRE, área del hospital en la cual terapeutas respiratorios brindan atención ambulatoria a pacientes asmáticos no controlados, sobre el uso correcto de los dispositivos inhalados.

Se diseñó un procedimiento que permitiera la inclusión del farmacéutico en la atención de los pacientes asmáticos, con actividades de educación sobre el asma, su tratamiento y medidas de prevención; instrucción sobre la técnica inhalatoria del dispositivo de aire presurizado y del dispositivo de polvo seco (específicamente turbóhaler, presentación disponible del medicamento al momento de la investigación) y seguimiento farmacoterapéutico de la efectividad, seguridad y adherencia al

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

tratamiento para el asma. El estudio contempló sesiones mensuales con los participantes, tres presenciales y una telefónica, según se describe en la Tabla 1.

Actividad	Primera Sesión	Segunda Sesión	Llamada telefónica	Tercera Sesión
Entrevista con instrumento	X			
Educación sobre técnica de inhalación.	X	X		X
Entrega de boletín informativo sobre la técnica de inhalación	X			
Educación sobre el asma, tratamiento y medidas de prevención por medio de módulo		X		
Entrega de horario de medicamentos		X		
Aplicación Test Morisky Green Levine	X			X
Aplicación Test de control del asma	X			X
Medición del pico flujo espiratorio (PFE)	X	X		X
Verificación de conocimientos sobre el asma, tratamiento y medidas de prevención.				X
Aclaración de dudas	X	X	X	X

Tabla 1: Actividades incluidas en la metodología del estudio

Los procesos educativos fueron apoyados por medio del uso de recursos informativos diseñados y validados para fines de la investigación que incluyeron: un módulo educativo con información sobre el asma, su tratamiento y medidas de autocuidado; boletines informativos sobre la técnica de inhalación, horarios individualizados con imágenes, horas de administración, dosis y pauta de los medicamentos. La estrategia para la instrucción de la técnica inhalatoria fue la demostración. A cada participante del estudio se le entregó un dispositivo portátil para la medición del pico flujo espiratorio (PFE).

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

Población

Se incluyó pacientes asmáticos mayores de 18 años, en tratamiento con medicamentos inhalados y que no hubiesen tenido citas de control en el último año en la Clínica AIRE. Se excluyó a pacientes con dependencia de un cuidador para la administración de medicamentos inhalados, que no pudieran comunicarse o entender el idioma español y que presentaran otras enfermedades pulmonares crónicas, además del asma.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica y el Comité Local de Bioética del Hospital San Juan de Dios.

Tamaño muestral y Mediciones

La clínica AIRE atiende aproximadamente 60 pacientes asmáticos mensualmente de forma ambulatoria; en su mayoría en citas de seguimiento. Para efectos de este estudio se incluyó a toda la población que cumpliera los criterios de selección.

Se caracterizó a los pacientes en aspectos sociodemográficos de edad, sexo, ocupación y escolaridad. Las acciones de atención farmacéutica dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento se midieron por medio del test de Morisky Green Levine, siendo adherentes aquellos pacientes que contestaran las 4 preguntas del mismo, según lo descrito por los autores¹⁹.

Las mediciones relacionadas con parámetros objetivos de control de la enfermedad se realizaron por medio del Test de Control del Asma (TCA). Este test es ampliamente utilizado en la práctica clínica por el servicio de neumología del HSJD para el seguimiento de la evolución de los pacientes asmáticos y ha sido previamente validado²⁰. Con esta prueba se considera el puntaje máximo de 25 como indicativo de asma controlada, mientras que los puntajes entre 20-24 indicaron buen control y los menores de 20 mal control de la enfermedad²⁰.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

En su primera sesión todos los participantes recibieron el medidor portátil del flujo máximo individualizado, "EL PEAK" de Creative Biomedics, Inc. Por medio de este dispositivo se realizó la medición del segundo parámetro de control de la enfermedad, el PFE. Esta medición es recomendada por la Guía GINA en la monitorización a corto plazo en la respuesta al tratamiento, evaluación desencadenantes o establecimiento planes de acción². En este caso la medición se divide en 3 rangos: valores >80% del esperado es zona verde donde el asma está controlada; valores entre 60-80% es zona amarilla donde el control del asma se está deteriorando y es necesaria una intervención, y <60% que corresponde a zona roja donde el asma se está exacerbando y se requiere tratamiento urgente²¹.

Los resultados observados en los parámetros de control del asma y adherencia al tratamiento se presentarán en relación a los pacientes que finalizaron el protocolo de investigación (n = 17). Los datos se analizaron por medio de estadística descriptiva, y se utilizó el programa SPSS 20.0 para Macintosh para el cálculo de frecuencias y porcentajes y para comparar los resultados iniciales y finales del TCA, PFE y Test de Morisky Green Levine.

121

RESULTADOS

Los resultados obtenidos iniciales y finales del TCA, PFE y Test de Morisky Green Levine se analizaron estadísticamente utilizando la prueba Shapiro-Wilks con la cual se comprueba una distribución no normal de los datos. Por lo tanto se decide la prueba no paramétrica de Wilcoxon, para el análisis posterior.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

Parámetro	Clasificación	N (%)	MEDIANA (DE)
Edad	Adulto joven:18-34 años	6 (27,3)	32 (±5)
	Adulto: 35-64 años	12 (54,5)	55 (±6)
	Adulto Mayor: > 65 años	4 (18,2)	72 (±3)
Parámetro	Clasificación	N (%)	IC 95%
Sexo	Femenino	21 (95,5)	96,8%-99,2%
	Masculino	1 (4,5)	-4,2%-13,2%
Educación	Sin instrucción	1 (4,5)	-4,2%-13,2%
	Educación primaria incompleta	2 (9,0)	-2,9%-21,1%
	Educación primaria completa	8 (36,5)	16,3%-56,5%
	Educación secundaria incompleta	6 (27,3)	8,7%-45,9%
	Educación secundaria completa	3 (13,7)	-0,7%-28,0%
	Parauniversitaria y más	2 (9,0)	-2,9%-21,1%
Ocupación *	Profesionales científicos	1 (4,5)	-4,2%-13,2%
	Prestación de servicios directo a personas	2 (9,0)	-2,9%-21,1%
	Técnicos y profesionales medios	1 (4,5)	-4,2%-13,2%
	Ocupaciones no calificadas	16 (72,7)	54,1%-91,3%
	No bien especificada	2 (9,0)	-2,9%-21,1%

*Prueba T, diferencia significativa p =0.001

Tabla 2: Datos sociodemográficos de la población en estudio.

En total, 22 de los 23 pacientes que cumplieron criterios de selección aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. El protocolo de investigación fue completado por el 77.3% (n = 17) de los participantes. Las causas de pérdida del seguimiento fueron imposibilidad de contacto según la información brindada por el paciente y la presencia de causas de salud diferentes al asma (ej. cirugías).

Los participantes se caracterizaron por ser principalmente de sexo femenino (95.5%, IC95%=96,8-99,2), con una edad promedio de 43 años, en su mayoría de ocupaciones no calificadas y con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria completas (ver Tabla 2). Se identificó una comorbilidad del 73% de asma y rinitis.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

Adherencia al tratamiento

Según se puede observar en la tabla 3, al finalizar el estudio se logró un cambio estadísticamente significativo en la adherencia al tratamiento ($p=0.003$). Lo anterior corresponde a la obtención de un aumento en el uso de los medicamentos de mantenimiento a pesar de no presentar síntomas (47%), el no olvido del uso de la terapia de mantenimiento (29%), la no suspensión de la terapia a pesar de efectos adversos (23%) y el uso de medicamentos a las horas indicadas (11%).

Parámetro	Medición Inicial	Medición Final
Número de pacientes adherentes según Test de Morisky Green Levine (%) *	3 (17.6%)	13 (76.4%)
Puntaje promedio en el Test de control del asma (DE) **	14.5 (5.1)	20.2 (4.6)
Medición promedio en mL medidos con el PFE (DE)	260(30)	298(63)

* Diferencias estadísticamente significativas según el signo Wilcoxon ($Z = -3,000$, $p = 0.003$).** Diferencias estadísticamente significativas según el signo Wilcoxon ($Z = -2,828$, $p = 0.005$).**Tabla 3:** Resultados de adherencia terapéutica y parámetros de control del asma.**Parámetros de control del asma**

En la medición de la evolución clínica del asma los resultados del TCA mostraron mejorías. Inicialmente, los participantes presentaron un valor promedio dentro del rango de no control del asma (14.5), lo cual cambió al finalizar el estudio de forma estadísticamente significativa a un valor promedio de control (20.2, $p = 0.005$). En la medición final se presentó un incremento en el puntaje de todas las preguntas del test, siendo las relacionadas con la afectación de actividades de la vida diaria y la aparición

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

de síntomas nocturnos las de mayor cambio (aumento de 2 y 1,3 puntos promedio, respectivamente).

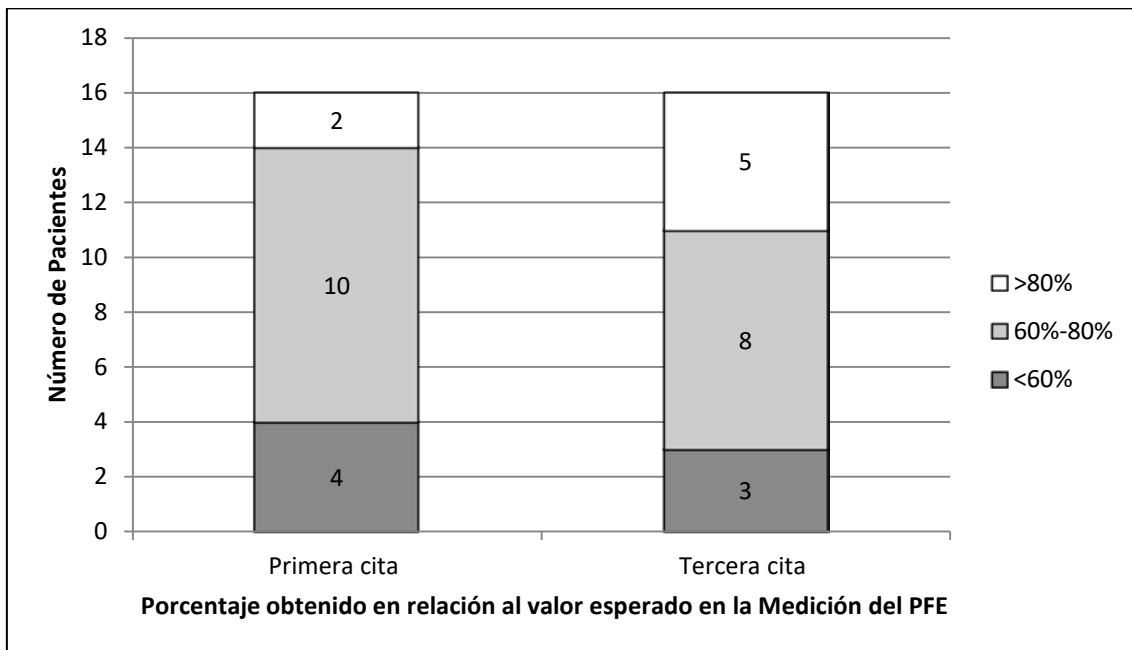


Figura 1: Número de pacientes según los resultados obtenidos en la medición del PFE, en la primera y tercera sesión presencial del estudio.

Los resultados en las mediciones del PFE mostraron una evolución de mayor cantidad de pacientes hacia la zona verde al concluir la intervención (Ver figura 1). Sin embargo, es importante destacar que tanto al inicio como al final del estudio la mayoría de participantes estuvieron en zona amarilla (60-80%). Seis de los participantes refirieron cuadros virales respiratorios en las 2 semanas previas a la última sesión o se presentaron a la consulta de Atención Farmacéutica con el cuadro viral activo.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica ha sido definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente coincide con las indicaciones médicas²². La adherencia refleja la elección del paciente, tomando en consideración todos los aspectos de su vida, sopesando la carga de cumplir el tratamiento contra los beneficios percibidos²². El estudio identificó dos situaciones principales que afectan la adherencia al tratamiento en paciente asmático, la primera fue la suspensión del tratamiento de manteniendo al sentirse mejor, y la segunda corresponde a los olvidos de la administración de los medicamentos.

Uno de los aspectos más destacados del estudio fue la mejoría significativa en la adherencia al tratamiento con corticoesteroides inhalados. Estos medicamentos son la principal estrategia terapéutica para el tratamiento del asma, no ejercen acciones modificadoras de la enfermedad, por lo que sus efectos disminuyen una vez que dejan de usarse²³, al suspender el tratamiento existe riesgo de descontrol, pérdida de los beneficios obtenidos y complicaciones de la enfermedad. Los pacientes que no tienen una adecuada adherencia a los corticoesteroides inhalados presentan un menor volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) post broncodilatador y un conteo mayor de eosinófilos en el esputo²⁴. Por lo tanto, educar y promover el mantenimiento de la terapia con corticoesteroides inhalados debe ser primordial en los programas de atención farmacéutica a paciente asmático.

Otra de las estrategias que favoreció la adherencia de los participantes fue la elaboración de un horario de medicamentos ajustado a la rutina del paciente. Al ser el asma una enfermedad crónica, requiere un compromiso con el régimen de tratamiento por tiempo prologado, por lo que la adherencia puede disminuir, si se compara con las enfermedades agudas²². Además, las terapias para el asma se caracterizan por ser complejas, lo cual podría desalentar al paciente a cumplir el

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

tratamiento. Dado lo anterior las acciones que favorezcan la inclusión de la medicación en la rutina del paciente, podrían promover una disminución en los olvidos.

Al analizar los resultados relacionados al control del asma, utilizando el parámetro del TCA, uno de los aspectos más significativos fue la mejoría en el puntaje relacionado con la limitación en la realización de las actividades diarias. Lo anterior concuerda con otros estudios en los que se ha observado una asociación entre el asma mal controlada y diversas limitaciones; entre ellas la limitación para las actividades fuera del hogar (riesgo 2 veces mayor en asma no controlada con respecto a asma controlada); limitación para la actividad física con un riesgo igual al anterior, siendo más susceptibles las mujeres, y limitación a las actividades diarias con 66% de riesgo²⁵.

Al finalizar el estudio se observó una disminución del uso del salbutamol, según las mediciones realizadas por medio del TCA. Lo anterior indica mayor control del asma en los participantes, ya que el uso de agonistas beta adrenérgicos de acción corta, con una frecuencia mayor a dos veces por semana es indicativo de asma no controlada que requiere escalar el tratamiento².

En relación a las mediciones del PFE, se observó una tendencia a la mejoría, disminuyendo el número de pacientes no controlados (zona roja), sin embargo el cambio no fue estadísticamente significativo. El PFE presenta una correlación razonable con el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) que es la prueba espirométrica más fiable para confirmar o excluir limitación al flujo de aire. Sin embargo, el PFE es muy útil para detectar cambios o tendencias en el control del asma de los pacientes²⁶. Por lo que este resultado es indicativo de que los pacientes tuvieron una tendencia positiva en relación al control de su enfermedad durante el estudio

El asma es conocida como una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas, tanto centrales como periféricas. Como consecuencia del proceso inflamatorio crónico, al reparar de forma prolongada la vía aérea, se produce alteración de su estructura, lo

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

cual puede asociarse a la sintomatología progresiva de la enfermedad. Este proceso es conocido como remodelación y se ha correlacionado con las consecuencias funcionales incluyendo obstrucción al flujo de aire e incremento en la reactividad de la vía aérea²⁸. Esto puede explicar la razón por la que un tratamiento adecuado del asma, no necesariamente producirá cambios significativos en las pruebas de función pulmonar. A pesar de lo anterior, el resultado de este estudio es comparable con lo obtenido previamente en otras investigaciones, donde también se evidencia una mejora en el volumen expirado inicial y final luego de la intervención farmacéutica (282.48±95.4 mL y 336.24±88.11 mL, respectivamente)²⁷.

Finalmente, se destaca la alta comorbilidad asma-rinitis presente en el estudio, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura donde algunos autores incluso señalan a ambas entidades como una única enfermedad^{29,30}. La rinitis alérgica afecta el control del asma, por lo que se ha sugerido que la rinitis y el asma deben ser abordadas concomitantemente en su diagnóstico y tratamiento³¹. Lo anterior, debe tomarse en

127

cuenta en los programas de atención farmacéutica dirigidos al paciente asmático. La principal limitación del estudio fue el bajo número de participantes, que no permite generalizar los datos encontrados a toda población. Otra de las limitaciones fue la pérdida de seguimiento, al haber tres encuentros presenciales y a pesar de haber ejercido acciones que favorecieran su permanencia en el estudio, siempre se dio pérdida de participantes. Se recomienda realizar otros estudios similares en una mayor población.

CONCLUSIONES

La intervención del profesional farmacéutico en la atención de pacientes asmáticos complicados podría tener un impacto positivo en la mejora de la calidad de vida y

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

adherencia a tratamientos de pacientes que son tratados en servicios hospitalarios altamente especializados. Estas mejorías son importantes ya que la morbilidad y los costos en la atención de salud de los pacientes de difícil control son desproporcionadamente altos, especialmente cuando existe un riesgo elevado de sufrir exacerbaciones fatales o casi fatales²⁴.

La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio eran no adherentes al tratamiento, siendo la suspensión de la medicación, una vez que se sentían bien, el factor que más afectó la adherencia. Por lo tanto, en el proceso de atención farmacéutica es necesario poner en práctica estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento y seguimiento de resultados clínicos a largo plazo.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital San Juan de Dios de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica y a la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

BIBLOGRAFÍA

1. National Heart, Lung and Blood Institute. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. 2007. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthsumm.pdf>. Consultado: 16 octubre 2017.
2. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma GINA. Update 2018. Disponible en: <http://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>. Consultado: 18 marzo 2018.
3. Sweetman S. Martindale. The Complete Drug Reference. 2014. 38a ed. Londres: Pharmaceutical Press.
4. Al-Jahdali H, Ahmed A, Al-Harbi A, Khan M, Baharoon S, Bin Salih S, Halwani R, Al-Muhsen S. Improper inhaler technique is associated with poor asthma control and frequent emergency department visits. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2013; 9:8.
5. Melani A. Inhalatory therapy training: a priority challenge for the physician. *Acta Biomed.* 2007; 78: 233-245.
6. Jiménez M, et al. Enfermedades Respiratorias: módulo VI. San José: EDNASSS-CCSS. 2004.
7. Bollmeier SG. New Therapies in Asthma. *Pulmonary and Preventive Care.* ACSAP 2013.
8. Díaz V, Ríos CD. Una estrategia sencilla para el uso correcto de los inhaladores de dosis medidas. *Rev. Hosp Niño Panamá.* 2004; 20(2): 92-97.
9. Martínez AL, Martínez D. Uso correcto de la vía inhalatoria en el tratamiento del asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17(5): 413-7.
10. Osman A, Ahmed Hassan IS, Ibrahim MIM. Are Sudanese community pharmacists capable to prescribe and demonstrate asthma inhaler devices to patrons? A mystery patient study. *Pharmacy Practice (Internet)* 2012 Apr-Jun;10(2):110-115.
11. Armour C, LeMay K, Saini B, et al. Using the Community Pharmacy to Identify Patients at Risk of Poor Asthma Control and Factor which Contribute to this Poor Control. *Journal of Asthma.* 2011; 48: 914-922.
12. Giraud V, Allaert FA, Roche N. Inhaler technique and asthma: Feasibility and acceptability of training by pharmacist. *Respiratory Medicine.* 2011(105): 1815-1822.
13. Melani AS, Bonavia M, Cilenti V, Cinti C, Lodi M, et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respiratory Medicine.* 2011(105): 930-938.
14. Lareau SC, Hodder R. Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2012; 24: 113-120.
15. Boulet LP. Adherence: The Goal to Control Asthma. *Cin Chest Med.* 2012; 33: 405-417.
16. Basheti IA, Armour CL, Bosnic-Anticevich SZ, Reddel HK. Evaluation of a novel educational strategy, including inhaler-based reminder labels, to improve asthma inhaler technique. *Patient Education and Counseling.* 2008; 72: 26-33.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

17. García González R. El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. 2004. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>. Consultado: 16 octubre 2017.
18. Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica, Dirección de Farmacoepidemiología, Gerencia Médica de la Caja Costarricense del Seguro Social. Manejo del asma en adultos. Criterios Técnicos y Recomendaciones para el Primer y Segundo Nivel de Atención. 2011. pp 38-39.
19. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1):67-74
20. Vega JM, Badia X, Badiola C, López-Viña A, et al. Validation of the Spanish Version of the Asthma control test (ACT). *Journal of Asthma*. 2007; 44: 867-872
21. Dinakar C, Oppenheimer J, Portnoy J, Bacharier L, et al. Management of acute loss of asthma control in the yellow zone: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014(113): 143-159.
22. George M, Apter AJ. Improving Adherence to Asthma Medication. *Clin Pulm Med*. 2001; 8(5): 257-264.
23. Durrani SR, Busse WW. Capítulo 55. Management of Asthma in Adolescents and Adults. En: Adkinson NF, Bochner BS, Burks AW, et al, eds. *Middletons Allergy: Principles and Practice*. 8va ed. Saunders, Elsevier; 2014. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#1/browse/book/3-s2.0-C20101657276>. Consultado: 1 noviembre 2017.
24. Murphy AC, Proeschal A, Brightling CE, Wardlaw AJ, Pavord I, Bradding P, Glee RH. The relationship between clinical outcomes and medication adherence in difficult-to-control asthma. *Thorax*. 2012; 67: 751-753.
25. Haselkorn T; Chen H; Miller DP, et al. Asthma control and activity limitations: insights from the Real-world Evaluation of Asthma Control and Treatment (REACT) Study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010; 104(6):471-477.
26. Gerald BL, Carr FT. Peak expiratory flow rate monitoring in asthma. [Internet]. Topic 568 Version 15.0. Wolters Kluwer. Disponible en: https://www.uptodate-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/contents/peak-expiratory-flow-rate-monitoring-in-asthma?topicRef=547&source=see_link. Consultado: 18 marzo 2018.
27. Shanmugam S, Varughese J, Nair MA, Balasubramanian R, Velu S, Bhojan C, Devarajan V, Sabzghabae AM. Pharmaceutical care for asthma patients: A Developing Country's Experience. *J Res Pharm Pract*. 2012; 1(2):66-71.
28. Huerta JL, Jiménez CG, del Olmo HT, Maza LM. Remodelación de la vía aérea en asma. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*. 2009; 18(2): 60-78.
29. Tsilochristou O, Douladiris N, Makris M, Papadopoulos N. Pediatric Allergic Rhinitis and Asthma: Can the March be Halted?. *Pediatr Drugs*. 2013; 15:431-440.

Intervenciones educativas en pacientes asmáticos no controlados en un hospital público de Costa Rica: estudio observacional, prospectivo.

Montoya Vargas M, León Salas A, Campos Fallas C, Montero Chinchilla N.

❖ ORIGINAL

30. Kemp SK, deShazo RD. Relationships between rhinosinusitis and asthma [Internet]. Topic 7536 Version 7.0. Wolters Kluwer. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/relationships-between-rhinosinusitis-and-asthma?source=search_result&search=Relationships%20between%20rhinosinusitis%20and%20asthma&selectedTitle=1~150. Consultado: 15 noviembre 2017.
31. Boulay ME, Morin A, Laprise C, Boulet LP. Asthma and rhinitis: what is the relationship?. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2012; 12 (5); 449-54.

❖ ORIGINAL

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Perception of health professionals of the value of the Primary Care Pharmacist and the need of implementing a pharmaceutical care service.

Pérez Diez C¹, Valdearcos Enguádanos S².

¹Servicio de Farmacia de Atención Primaria Sector Teruel, Dirección de Atención Primaria Sector Teruel, Centro de Salud Teruel Ensanche, Teruel, España.

²Unidad docente de Medicina de Familia Sector Teruel, Dirección de Atención Primaria Sector Teruel, Centro de Salud Teruel Ensanche, Teruel, España.

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

132

RESUMEN

Objetivo: valorar la percepción de los profesionales sanitarios sobre el valor del Farmacéutico de Atención Primaria (FAP) y la necesidad de desarrollar la prestación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) EN Atención Primaria (AP)

Métodos: Estudio descriptivo transversal cuanti/cualitativo. Análisis cuantitativo: cuestionario voluntario, confidencial y anónimo (18 preguntas). Se incluyó al personal sanitario de AP del Sector Teruel (n=196) (octubre-noviembre 2017). Las categorías profesionales se agruparon en dos grupos: A (médicos de AP (MAP), pediatras) y B (enfermeros/as, fisioterapeutas y matronas). Análisis cualitativo: grupo focal con médicos internos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (n=18). No existía colaboración previa MIR-FAP. Análisis estadístico:

Fecha de recepción 18/12/2017 **Fecha de aceptación** 09/03/2018

Correspondencia: Cristina Pérez Diez

Correo electrónico: cperezd9@gmail.com

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguñados S.

❖ ORIGINAL

variables cualitativas: proporciones y porcentajes; variables cuantitativas: medias y desviaciones estándar; contraste de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado.

Resultados: Tasa de respuesta: 35,4 %; 60,3% mujeres, 55,1% mayores de 50 años y 94,2% con más de 10 años de ejercicio profesional. El 80,6% de encuestados considera al FAP miembro del equipo sanitario. El 86,0% del grupo A vs 55,6% del B considera que el desarrollo de SFT en AP ayudaría a mejorar el cuidado y calidad de vida de los pacientes ($p=0,027$).

Grupo focal: 17 MIR (edad media 26,2 años, 58,8% mujeres). Principales barreras para desarrollar la práctica del SFT en el sector Teruel: dispersión geográfica y falta de recursos humanos suficientes.

Conclusiones: La prestación de SFT en AP supone una gran oportunidad para optimizar la farmacoterapia de los pacientes y promover la integración del FAP en los equipos multidisciplinares.

Palabras clave: *Farmacéutico; Atención Farmacéutica; Atención Primaria.*

133

ABSTRACT

Objective: to assess the perception of health professionals about the value of the Primary Care Pharmacist (PCP) and the need of developing the provision of Pharmaceutical Care Services (PCS) in Primary Care (PC).

Methods: It was carried out a descriptive, quantitative / qualitative and cross-sectional study. Quantitative analysis: voluntary, confidential and anonymous questionnaire (18 questions). Health professionals who were working in PC in Teruel Sector were included ($n=196$) (October-November 2017). The professional categories were divided in two groups: A (PC physicians (PCP), pediatricians) and B (nurses, physiotherapists and midwives). Qualitative analysis: focus group with resident internal doctors (RID) of Family and Community Medicine ($n=18$). There was no previous collaboration RID-PCP.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

Statistical analysis: qualitative variables: proportions and percentages; quantitative variables: means and standard deviations; contrast of qualitative variables: Chi-square test.

Results: Response rate: 35.4%; 60.3% women, 55.1% older than 50 years and 94.2% with more than 10 years of professional practice. 80.6% of the respondents consider the PCP member of the health team. 86% of group A vs 55.6% of group B consider that PCS in PC would help improving the care and quality of life of patients ($p = 0.027$).

Focus group: 17 MIR (average age 26.2 years, 58.8% women). Main barriers to develop the PCS practice in Teruel Sector: geographical dispersion and lack of sufficient human resources.

Conclusions: The provision of PCS in PC represents a great opportunity to optimize the pharmacotherapy of patients and promote the integration of the PCP in multidisciplinary teams.

Key words: *Pharmacist; Pharmaceutical Care; Pharmaceutical Care Services; Primary Health Care.*

134

INTRODUCCIÓN

Conocer las expectativas que otros profesionales sanitarios tienen sobre los farmacéuticos ha permitido organizar y priorizar sus funciones. El farmacéutico hospitalario es considerado parte del equipo multidisciplinar para el cuidado del paciente por los profesionales sanitarios ¹; y experto en medicamentos ². En otras ocasiones, el papel que desarrolla no cumple con las expectativas del personal sanitario ³. Médicos de atención primaria (MAP) islandeses perciben que los farmacéuticos comunitarios deben estar más involucrados en los cuidados del paciente debido al incremento de la multimorbilidad ⁴ y de la polifarmacia ⁵.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Diez C, Valdearcos Enguñados S.

❖ ORIGINAL

En los servicios de farmacia de atención primaria (SFAP) españoles, las actividades destinadas a la promoción del uso racional del medicamento y productos sanitarios (URM-PS) alcanzan porcentajes de desarrollo muy elevados ⁶. Los farmacéuticos de atención primaria (FAP), sin ser dispensadores de medicamentos, colaboran con los MAP y otros profesionales del equipo asistencial para mejorar la utilización de los medicamentos. Aunque la Ley de garantías y URM-PS establece que los SFAP deben desarrollar sistemas para el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) que contribuyan a garantizar el cumplimiento terapéutico y a potenciar el uso seguro de los medicamentos ⁷, la vertiente clínica del FAP es la menos desarrollada actualmente y sólo el 10% de los SFAP españoles realizan seguimiento farmacoterapéutico ⁶.

El desarrollo de la prestación del SFT en el SFAP pretende mejorar el intercambio de información farmacoterapéutica entre todos los implicados en la salud del paciente ⁸⁻⁹. En atención primaria (AP), los FAP pueden desarrollar la atención farmacéutica (AF) en cooperación con farmacéuticos comunitarios y hospitalarios. Para ello, los servicios de salud deben impulsar el desarrollo de los SFAP favoreciendo la integración del FAP en todos los procesos de la cadena terapéutica y retornando al sistema la corresponsabilidad en la calidad asistencial y farmacoterapéutica de los pacientes ¹⁰⁻¹³.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Valorar la percepción que los profesionales sanitarios que trabajan en AP tienen sobre el valor del FAP y sus funciones.
2. Valorar la percepción que los profesionales sanitarios tienen sobre la necesidad de desarrollar la práctica del SFT en AP así como las barreras que podrían impedir su desarrollo.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo transversal cuanti/cualitativo. Se diseñó esta estrategia para, en el estudio cuantitativo, obtener los puntos o aspectos más importantes en los que hacer especial incidencia en el grupo focal.

1. Estudio cuantitativo

Se distribuyeron cuestionarios voluntarios, confidenciales y anónimos a los profesionales sanitarios (MAP, pediatras, enfermeros/as, matronas, fisioterapeutas) que en el momento del estudio (octubre-noviembre 2017) estaban desarrollando su actividad profesional en AP en el Sector Teruel (n=195), que consta de 16 equipos de atención primaria (EAP) (14 rurales, 2 urbanos) y atiende a una población de aproximadamente 75.000 habitantes (junio 2017). El cuestionario utilizado fue el desarrollado y validado por *Cruthirds et al*¹ e incluía un total de 18 preguntas relacionadas con la interacción del farmacéutico con otros profesionales sanitarios y su papel en el equipo sanitario (Anexo I). Con la finalidad de obtener la máxima participación, los cuestionarios se distribuyeron en formato papel por correo postal junto con un sobre para poder remitirlo completo al SFAP.

2. Estudio cualitativo

Se convocó a los 18 MIR de Medicina Familiar y Comunitaria del Sector Teruel a un grupo focal con 10 días de antelación. No había existido colaboración previa MIR-FAP del Sector hasta la convocatoria. Los médicos en formación son heterogéneos en cuanto al tiempo de ejercicio profesional (MIR 1, MIR 2, MIR 3 y MIR 4). El guión utilizado fue una adaptación de los desarrollados y validados previamente por *Azhar et*

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

al³, Blondal et al⁴ y Lee IH et al⁹ e incluía los aspectos que manifestaron más peso en las encuestas previas (Anexo II). Se trataron con profundidad:

- Percepción del valor del FAP y sus funciones.
- Percepción de los servicios necesarios y de las barreras para implantar los procesos que constituyen la AF en AP.

Previamente a la valoración de estos aspectos, se realizó una presentación en la que se explicó la organización sanitaria en Aragón, funciones del FAP y conceptos básicos sobre AF y SFT.

3. Análisis estadístico

Las respuestas se analizaron con el programa estadístico SPSS[®] para Windows. Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se calcularon proporciones (frecuencias absolutas y relativas) y para las variables cuantitativas media y desviación estándar (DE). Se aplicó el test de Chi-cuadrado para contrastar variables cualitativas y el test exacto de Fisher cuando no se cumplían los criterios de aplicación. Para facilitar el análisis estadístico y la interpretación de los datos obtenidos en los cuestionarios, las cinco categorías profesionales se agruparon en dos grupos: grupo A: facultativos (MAP, MIR y pediatras); grupo B: enfermeros/as, fisioterapeutas y matronas.

Se consideró significativa la obtención de un valor de $p < 0,05$.

4. Aspectos éticos

Todos los profesionales sanitarios participaron de forma voluntaria en el estudio, siendo informados de los objetivos del estudio. Se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida así como su uso solo con los fines de la investigación.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

RESULTADOS

1. Estudio cuantitativo

La tasa de respuesta global fue del 35,4% (n=69/195). El 53,6% (n=36) de las respuestas procedieron de MAP; 34,8% (n=24) del personal de enfermería; 2,9% (n=2) de fisioterapeutas; 7,2% (n=5) de pediatras y el 1,4% (n=1) de matronas. Los datos demográficos de los encuestados se resumen en la Tabla 1. El 81,0% (n=21/26) de los encuestados del grupo B con respecto al 48,7% (n=20/41) de los facultativos (grupo A), fueron mujeres (p=0,014).

Variable	MAP 38,9% n=37/95	Enfermero/a 30,8% n=24/78	Fisioterapeuta 33,4% n=2/6	Pediatra 50,0% n=5/10	Matrona 16,7% n=1/6	Global 35,4% n=69/195
Sexo, n (%)						
Hombre	20 (54,1%)	5 (21,7%)	-	2 (40,0%)	-	27 (39,7%)
Mujer	17 (45,9%)	18 (78,3%)	2 (100%)	3 (60,0%)	1 (100%)	41 (60,3%)
Edad (años) n (%)						
< 30	1 (2,7%)	-	-	-	-	1 (1,4%)
≥30-50	15 (40,5%)	10 (41,7%)	2 (100%)	2 (40,0%)	1 (100%)	30 (43,5%)
≥50	21 (56,8%)	14 (58,3%)	-	3 (60,0%)	-	38 (55,1%)
Años de ejercicio profesional n (%)						
< 2	-	-	-	-	-	-
2-5	-	-	-	-	-	-
5-10	3 (8,1%)	-	-	1 (20,0%)	-	4 (5,8%)
≥10	34 (91,9%)	24 (100%)	2 (100%)	4 (80,0%)	1 (100%)	65 (94,2%)
Nº pacientes atendidos/día n (%)						
<5	-	-	-	-	-	-
5-10	3 (8,1%)	-	-	-	1 (100%)	4 (5,8%)
10-30	22 (59,5%)	20 (83,8%)	2 (100%)	5 (100%)	-	49 (71,0%)
30-50	10 (27,0%)	3 (12,5%)	-	-	-	13 (18,8%)
>50	2 (5,4%)	1 (4,2%)	-	-	-	3 (4,3%)
Duración de la consulta/paciente (minutos) n (%)						
<5	1 (2,7%)	-	-	-	-	1 (1,4%)
5-10	27 (73,0%)	13 (54,2%)	-	3 (60,0%)	-	43 (62,3%)
10-30	9 (24,3%)	11 (45,8%)	2 (100%)	2 (40,0%)	1 (100%)	25 (36,2%)

MAP: médico de atención primaria.

Tabla 1: Datos demográficos de los profesionales sanitarios que completaron el cuestionario (N=69)

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

El 80,6% de los encuestados (n=54) considera al FAP como un miembro más del equipo sanitario, para el 19,0% (n=13) es la primera fuente de información sobre medicamentos y 11 profesionales (15,9%) se mantienen informados/actualizados sobre las novedades terapéuticas por el FAP. El 55,7% (n=34) y 44,1% (n=26) de los encuestados siguen con frecuencia las recomendaciones del FAP sobre farmacoterapia y dosificación de medicamentos, respectivamente.

El 54,7% (n=35) nunca se ha puesto en contacto con el FAP del Sector, un 34,4% (n=22) lo hace 1-3 días/semana y el 9,5% (n=6) de forma ocasional; siendo las principales razones de interacción la disponibilidad de medicamentos (47,7%, n=21), efectos adversos (20,5%, n=9) y disponibilidad de alternativas terapéuticas (13,6%, n=6). El 72,6% de los encuestados (n=45) dedica menos de 30 minutos de su jornada laboral para resolver dudas de los pacientes sobre farmacoterapia, el 31,0% (n=18) cree conveniente que los pacientes consulten con su FAP antes de tomar la medicación prescrita por el MAP y un 37,9% (n=22) cree que mejorarían la adherencia (tabla 2).

Sobre la percepción de la AF, el 86,0% (n=36) de los facultativos encuestados (grupo A) frente al 55,6% (n=15) de los profesionales sanitarios del grupo B, consideran que el desarrollo de la prestación del SFT en un SFAP ayudaría a mejorar el cuidado y calidad de vida de los pacientes (p=0,027) (tabla 3). La mayoría de los encuestados consideraron que las principales barreras para implantarlo en el Sector Teruel son la dispersión geográfica (n=14), falta de recursos económicos (n=6) y de personal (n=2).

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

Pregunta	Frecuencias (n (%))					
	Todos los días	4-6 días/semana	1-3 días/semana	Nunca	Ocasionalmente	Otros
¿Con qué frecuencia se pone en contacto con el FAP? MAP Enfermero/a Fisioterapeuta Pediatria Matrona	1 (2,9%) - - - -	- - - - -	12 (34,3%) 8 (34,8%) - 2 (66,7%) -	19 (54,3%) 12 (52,2%) 2 (100%) 1 (33,3%) -	3 (8,6%) 3 (13,0%) - - 1 (100%)	- - - - -
¿Qué tipo de consultas suele realizar? MAP Enfermero/a Fisioterapeuta Pediatria Matrona	Disponibilidad medicamentos 11 (50,0%) 8 (44,4%) - 2 (66,7%) -	Efectos adversos 4 (18,2%) 4 (22,2%) - - 1 (100%)	Interacciones farmacológicas 1 (4,5%) 2 (11,1%) - - -	Dosificación - 1 (5,6%) - - -	Alternativas terapéuticas 4 (18,2%) - - 1 (33,3%) -	6 (27,3%) 3 (16,7%) - - -
¿Con qué frecuencia sigue las recomendaciones del FAP sobre farmacoterapia? MAP Pediatria	Siempre 7 (20,0%) 2 (40,0%)	Con frecuencia 25 (71,4%) 3 (60,0%)	Raramente 3 (8,6%) -	Nunca - -	- - -	- - -
¿Con qué frecuencia sigue las recomendaciones del FAP sobre dosificación de medicamentos? MAP Pediatria	Siempre 9 (27,3%) 3 (60,0%)	Con frecuencia 19 (27,6%) 2 (40,0%)	Raramente 4 (12,1%) -	Nunca 1 (3,0%) -	- - -	- - -
¿Cuánto tiempo al día de su jornada laboral emplea para resolver las dudas de los pacientes sobre farmacoterapia? MAP Enfermero/a Fisioterapeuta Pediatria Matrona	<30 minutos 20 (58,8%) 19 (90,5%) 1 (50%) 4 (80,0%) 1 (100%)	1-2 horas 14 (41,2%) 2 (9,5%) - 1 (20,0%) -	2-3 horas - - - - -	>3 horas - - - - -	- - - - -	- - - - -

FAP: farmacéutico de atención primaria; MAP: médico de atención primaria.

Tabla 2: Respuestas sobre la interacción de los profesionales sanitarios con el FAP (I)

(N=69)

Pregunta	Grupo A. MAP, MIR, pediatria n=42	Grupo B. Enfermeros/as, fisioterapeutas, matrones/as n=27	p*
¿Considera al FAP como un miembro del equipo sanitario? Sí No Ns/Nc	n (%) 34 (81,0%) 7 (17,0%) 1 (2,4%)	n (%) 20 (74,0%) 6 (22,0%) 1 (3,7%)	0,545
¿Cree que es importante que los pacientes consulten con el FAP antes de tomar la medicación prescrita por el MAP? Sí No Ns/Nc	n (%) 11 (26,2%) 27 (64,3%) 4 (9,5%)	n (%) 7 (26,0%) 13 (48,1%) 7 (26,0%)	0,636
¿Cree que los pacientes serían más adherentes a la medicación si consultaran con su FAP antes de tomar la medicación prescrita? Sí No Ns/Nc	n (%) 13 (31,0%) 25 (60,0%) 4 (9,5%)	n (%) 9 (33,3%) 11 (40,7%) 7 (26,0%)	0,421
¿Cree que la implantación de un SAF en AP podría ayudar a mejorar el cuidado del paciente y su calidad de vida? Sí No Ns/Nc	n (%) 36 (86,0%) 3 (7,1%) 3 (7,1%)	n (%) 15 (55,6%) 7 (26,0%) 5 (18,5%)	0,027

FAP: farmacéutico de atención primaria; MAP: médico de atención primaria; MIR: médico interno residente; Ns/Nc: no sabe/no contesta. p* ≥ 0,05.

Tabla 3: Respuestas sobre la interacción de los profesionales con el FAP (II).

Comparación de las respuestas del grupo A (facultativo) y grupo B (N=69)



Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguñados S.

❖ ORIGINAL

2. Estudio cualitativo

17 MIR formaron el grupo focal (tabla 4). La duración del grupo focal fue de 1 hora. Las respuestas se agruparon en los siguientes apartados:

Edad (media±DE) (años)	26,2±1,5
Sexo	n (%)
Hombre	7 (41,2%)
Mujer	10 (58,8%)
Año de residencia de MIR	n (%)
MIR 1	5 (29,4%)
MIR 2	5 (29,4%)
MIR 3	5 (29,4%)
MIR 4	2 (11,8%)
MIR: médico interno residente; DE: desviación estándar.	

Tabla 4: Datos demográficos de los MIR que participaron en el grupo focal (n=17)

Percepción del valor del FAP

Los MIR relacionan la figura del FAP con el “control del gasto farmacéutico”. Refieren que no se han puesto nunca en contacto con el FAP del Sector por “desconocimiento de su existencia” y esperan que sea un “nexo médico-paciente que colabore con los MAP para educar a pacientes con patologías crónicas en el uso seguro de los medicamentos”.

Percepción de pharmaceutical care.

Los residentes consideran que la AF es una práctica que puede mejorar la calidad de vida del paciente, así como el aumento en conocimiento y adherencia de sus medicamentos, haciéndole partícipe del cuidado de sus problemas de salud. Los MIR exponen algunas anécdotas en el grupo focal: “los pacientes dejan de tomar los antihipertensivos cuando tienen cifras de tensión arterial adecuadas, no entienden su patología (MIR 3)”; “sólo toman las

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

estatinas cuando hacen comidas copiosas (MIR 2)”; “un paciente estuvo tomando acenocumarol 4 mg durante 20 días porque no entendió el tratamiento y presentó hematuria (MIR 2)”.

Percepción sobre la prestación del SFT en los SFAP y el desarrollo de los procesos que constituyen la AF en AP.

Los residentes tienen la percepción de que pueden desarrollarse SFT en los SFAP “ *los FAP están suficientemente formados y tienen contacto directo con otros profesionales del equipo asistencial (MIR 3)*”. Sin embargo, los médicos con menos experiencia (MIR 1) piensan que si los pacientes consultan al FAP aspectos que ya les ha explicado su MAP, induciría a desconfianza o minusvaloración del médico: “ *los MAP están suficientemente capacitados para informar bien sobre farmacoterapia a sus pacientes, quizá de lo que carecen es de tiempo*”.

Los MIR consideran que “*los pacientes que no acuden nunca a las consultas médicas, aunque sean los que más lo necesiten, tampoco recibirán la prestación del SFT en el SEFAP (MIR 2)*”. Uno de los residentes opina que “*es más operativo desarrollar la práctica del SFT en las farmacias comunitarias donde todos los pacientes que están recibiendo algún tratamiento farmacológico obligatoriamente tienen que ir para que se lo dispensen (MIR 2, MIR 3)*”. “*Además, si las farmacias comunitarias prepararan pastilleros personalizados para pacientes, la comprobación de la adherencia a partir del recuento de comprimidos sería más sencilla (MIR 2)*”.

En el grupo focal también se abordan cuáles son las necesidades para desarrollar los procesos que constituyen la AF en AP. Los MIR consideran necesario estrechar las relaciones y la comunicación entre los profesionales sanitarios para aportar, cada uno desde su ámbito, métodos y herramientas para favorecer la calidad de vida del paciente “*el FAP podría validar las prescripciones médicas que hacemos en receta electrónica y hacer intervenciones farmacéuticas (interacciones, contraindicaciones, duplicidades terapéuticas...)* (MIR 4)”; “*si el FAP hiciera seguimiento farmacoterapéutico y feedback al médico antes de la prescripción*

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

médica, se evitarían muchos PRM (MIR 4) y “se deprescribirían tratamientos farmacológicos innecesarios en pacientes ancianos polimedcados (MIR 3)”. La historia clínica es la mejor vía de comunicación MAP-FAP: “el FAP debería poder escribir las intervenciones farmacéuticas en la historia clínica del paciente (MIR 2)”; “si el MAP pudiera hacer preguntas farmacoterapéuticas al FAP a través de la historia clínica o de receta electrónica, se reforzaría la relación MAP-FAP (MIR 3)”.

La mayoría de los residentes consideran que el paciente anciano, con múltiples comorbilidades crónicas y polimedcado es el que más puede beneficiarse de la prestación de SFT en un SFAP. Por otro lado, una MIR 3 “con visión de futuro”, considera que “la educación sobre la correcta administración y uso seguro de los medicamentos debe comenzar en la mediana edad con la finalidad de ir formándolos en estos temas para la vejez”. Otra MIR 3 piensa que para pediatría no es necesario crear SFT porque “se utilizan muy pocos fármacos”.

Barreras para implantar un SFT en el SFAP del Sector Teruel

La principal barrera para desarrollar la prestación del SFT en AP del Sector Teruel es la dispersión geográfica: “los pacientes del área rural no tienen el mismo acceso que los pacientes del área urbana (MIR 3, MIR 2)”; “las telecomunicaciones a veces son de muy mala calidad (MIR 4)”. Sin embargo, también hay que tener en cuenta el número de consultas, que en la opinión de los MIR 4, “no sería muchas”. Otras de las limitaciones percibidas por los residentes es la falta de recursos humanos suficientes, “se tendrán que crear más plazas de FAP para que la práctica del SFT llegue a todos los centros de salud (MIR 3)”; “si sólo hay un FAP en el Sector, no puede interaccionar de la misma manera con todos los pacientes (MIR 2)”. También se comenta la necesidad de coordinar servicios, de que haya una buena comunicación entre los sanitarios y los FAP ya que “podría haber confusiones por las diferencias entre profesionales (MIR 3)”.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

DISCUSIÓN

La tasa de participación en el estudio cuantitativo es inferior a la obtenida en otros estudios previos (40,1%(1)-58,07%(3)) y varía para las diferentes categorías profesionales. Como en el estudio de *Cruhirds et al*¹, la mayoría de las respuestas se han obtenido de los facultativos (60,8%). Más de la mitad del personal facultativo encuestado son hombres y la mayoría del grupo B mujeres, lo que se corresponde con la composición de género de los profesionales sanitarios españoles colegiados en 2015: el 50,9% de los médicos eran varones y la presencia femenina fue mayoritaria para el colectivo de enfermería y fisioterapeutas (84,2% y 66,8% eran mujeres, respectivamente)¹⁴.

La mayoría de MAP y personal del grupo B consideran al FAP como un miembro más del equipo sanitario, de acuerdo a otros estudios previos realizados en el ámbito hospitalario, en los que el 93,8% de los médicos¹ y el 69,5% de las enfermeras³ consideran al farmacéutico de hospital parte del equipo multidisciplinar. La integración del FAP en los equipos sanitarios crea confianza interprofesional y garantiza la atención continuada de los pacientes a todos los niveles. Los médicos en formación, al igual que *Lee et al*⁹, consideran que el FAP podría enfocar su papel asistencial en mejorar las habilidades que los pacientes tienen para comprender su enfermedad y conocer su farmacoterapia, haciéndoles partícipes del cuidado de sus problemas de salud. Sin embargo, sólo el 31,0% de los profesionales sanitarios de nuestro sector considera que los pacientes deben consultar con el FAP antes de tomar la medicación prescrita por el médico (66,0% en el estudio de *Azhar S et al*³). Esto podría deberse a que en un ámbito en el que la relación médico-paciente es tan cercana, el hecho de que el paciente tuviera que consultar con el FAP podría generar desconfianza del paciente en su MAP.

Destaca que más de la mitad de los encuestados nunca se ha puesto en contacto con el FAP del Sector, y que la mayor interacción con el FAP es sobre la disponibilidad de medicamentos. De hecho, el 65% (n=106/164) de las consultas que se recibieron en el SFAP del Sector Teruel (entre agosto 2016-junio-2017) fueron sobre la disponibilidad/adquisición de medicamentos

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

¹⁵. El rol que el farmacéutico ha tenido de dispensador de medicamentos también se encuentra en otros ámbitos ³. Hasta que *Hepler y Strand* definieran el concepto de *pharmaceutical care* en 1990 ¹⁶, la práctica farmacéutica hacía énfasis en el medicamento como producto y no prestaba especial atención a los efectos que el fármaco podía tener para los pacientes, a los errores de medicación, a los PRM y mucho menos a la eficacia de los tratamientos farmacológicos. Hoy en día la cronicidad, polimedición y aumento de la morbimortalidad ocasionada por los medicamentos ha producido un cambio en la función del farmacéutico asistencial.

Existen diferencias significativas entre categorías profesionales sobre la percepción de desarrollar la prestación del SFT en los SFAP para el cuidado del paciente. Este comportamiento puede deberse a que el personal del grupo B piensa que incorporar al FAP en el cuidado del paciente puede resultar una intrusión en sus responsabilidades/tareas ³. De hecho, según *Lee et al*, una de las barreras más importantes para la implantación de un SAF es el conflicto que puede darse entre el personal de enfermería y los farmacéuticos; y propone para mejorar la colaboración entre ambos colectivos *educación interprofesional* que prepara a los profesionales para colaborar de forma más efectiva entendiendo y dando el valor adecuado a cada tarea profesional ⁹. Por otro lado, los facultativos consideran al FAP un nexo médico-paciente y esperan que comparta con ellos la responsabilidad del cuidado del paciente.

Los MIR consideran que la comunicación MAP-FAP se optimizaría a través de historia clínica electrónica, a pesar de que sólo el 27,0% de los SFAP españoles tienen acceso ⁶. Aunque los médicos en formación son profesionales jóvenes que están habituados a trabajar con programas informáticos, la comunicación a través de registros médicos electrónicos puede arrojar resultados negativos en el trabajo en equipo al disminuir la comunicación cara a cara entre profesionales, que sería la más adecuada ⁹.

La dispersión geográfica es la principal barrera percibida por los profesionales sanitarios que trabajan en AP para desarrollar la práctica del SFT en el Sector Teruel. Dados los recursos

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguídanos S.

❖ ORIGINAL

limitados y la falta de personal, la prestación del SFT puede dirigirse, en un principio, a las poblaciones de pacientes que obtendrían el mayor beneficio del servicio: pacientes ancianos, polimedificados y con comorbilidades crónicas.

La principal limitación del estudio cuantitativo es la baja tasa de respuesta, que unida a la poca participación de algunos colectivos, impide obtener conclusiones válidas por categoría profesional.

La principal limitación de haber incluido MIR sin experiencia previa con el FAP en el grupo focal, es que no se han podido establecer medidas para mejorar la relación MAP-FAP que existe actualmente. Otra limitación importante del estudio cualitativo es que se tuviera que hacer una presentación sobre las funciones del FAP y los conceptos básicos sobre AF previa a la realización del grupo focal, lo que está justificado porque los médicos en formación desconocían el tema que se iba a tratar.

Como fortalezas del estudio, destacar que la percepción que los profesionales sanitarios tienen del FAP y de la posibilidad de implantar los procesos que constituyen la AF en el ámbito de la AP no se ha explorado anteriormente. El enfoque cualitativo del estudio proporciona una oportunidad para desarrollar la dirección futura de los SFAP.

Incluir a los médicos en formación en el grupo focal ha permitido conocer la percepción real, no influenciada por experiencias previas, que tienen sobre el valor del FAP y sobre las barreras para poder implantar un SFT en un SFAP.

Será necesario seguir realizando nuevos estudios para discutir y desarrollar la profesión farmacéutica.

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Díez C, Valdearcos Enguñados S.

❖ ORIGINAL

CONCLUSIONES

1. Los profesionales sanitarios perciben que los FAP deberían extender su papel más allá de la gestión del medicamento en beneficio del paciente y del sistema sanitario.
2. Los profesionales sanitarios consideran que el desarrollo de la práctica del SFT en AP supone una oportunidad para optimizar la farmacoterapia de los pacientes y promover la integración del FAP en los equipos multidisciplinares. Sin embargo, para que todos los pacientes pudieran beneficiarse de esta prestación, perciben que se debería dotar a los SFAP de más recursos humanos.

BIBLOGRAFÍA

1. Cruthirds DL, Hughes PJ, Weaver S. Value of pharmacy services to the healthcare system: an interdisciplinary assessment. *Int J Pharm Pract* 2013 Feb;21(1):38–45.
2. Fahmy SA, Rasool BKA, Abdu S. Health-care professionals' perceptions and expectations of pharmacists' role in the emergency department, United Arab Emirates. *East Mediterr Health J* 2013 Sep;19(9):794–801.
3. Azhar S, Hassali MA, Mohamed Ibrahim MI, Saleem F, Siow Yen L. A survey evaluating nurses' perception and expectations towards the role of pharmacist in Pakistan's healthcare system. *J Adv Nurs* 2012 Jan;68(1):199–205.
4. Blondal AB, Jonsson JS, Sporrang SK, Almarsdottir AB. General practitioners' perceptions of the current status and pharmacists' contribution to primary care in Iceland. *Int J Clin Pharm* 2017 Aug;39(4):945–52.
5. Marx G, Püsche K, Ahrens D. Polypharmacy: a dilemma in primary care? Results of group discussions with general practitioners. *Gesundheitswesen* [Internet] 2009 [cited 2017 Aug 23];71(69). Available from: <http://www.egms.de/static/en/meetings/degam2014/14degam102.shtml>
6. Galeote Mayor M, Martínez Gorostiaga J, Beltrán Calvo C, Gangoso Feroso A, García Gil M, Jaio Atela N, et al. Encuesta de la SEFAP sobre la Farmacia de Atención Primaria y la Ley 29/2006 de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios. *Farm Aten Prim* 2008; 6(2):27–46.
7. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de Julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 177, de 25 de julio de 2015. [Internet]. [cited

Percepción de los profesionales sanitarios del valor del Farmacéutico de Atención Primaria y de la necesidad de implantar un Servicio de Atención Farmacéutica.

Pérez Diez C, Valdearcos Enguñados S.

❖ ORIGINAL

- 2017 Aug 23]. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343.
8. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2012 Jul 7;12:188.
 9. Lee I-H, Rhie SJ, Je NK, Rhew KY, Ji E, Oh JM, et al. Perceived needs of pharmaceutical care services among healthcare professionals in South Korea: a qualitative study. *Int J Clin Pharm* 2016 Oct;38(5):1219–29.
 10. Ficha disposición - Generalitat Valenciana [Internet]. [cited 2017 Aug 23]. Available from: http://www.dogv.gva.es/disposicio?sig=3410/2000&url_lista=
 11. BRSCGI.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 23]. Available from: <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=974959403434>
 12. *Rev Clin Med Fam* 2009; 2 (6).pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 23]. Available from: [http://www.scamfyc.org/documentos/Rev%20Clin%20Med%20Fam%202009;%20%20\(6\).pdf](http://www.scamfyc.org/documentos/Rev%20Clin%20Med%20Fam%202009;%20%20(6).pdf)
 13. Bonal J, Alerany C, Bassons T, Gascón P. Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. [consultado 21/11/2017]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap21.pdf>
 14. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2015. [consultado 21/11/2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np970.pdf>
 15. Pérez-Diez C, Martínez-Martínez M, López S, Vicente J, Valdearcos S. Información de medicamentos desde la farmacia de atención primaria: experiencia de un sector sanitario. XXII Congreso SEFAP. Murcia, 8-10 de noviembre de 2017.
 16. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *AJHP* 1990; 47: 533-43.

❖ CASO CLÍNICO

Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Psoriasis and sunburns: a case report

Díaz Gutiérrez MJ.

Farmacéutica comunitaria, Getxo, Bilbao, España

Conflicto de Intereses/Competing Interest: Ninguno que declarar

RESUMEN

En este caso se plantea una situación en la cual ante una patología de la piel, como es la psoriasis, se puede desencadenar otro problema de salud asociado al uso de la medicación para su tratamiento sin los cuidados necesarios para minimizar los efectos del sol.

149

Palabras clave: *Psoriasis; Quemaduras solares; Atención Farmacéutica.*

ABSTRACT

In this case, a situation arises in which, in the presence of a skin pathology such as psoriasis, it may appear another health problem associated to the use of medication for the psoriasis treatment without the necessary care to minimise the sun effects.

Key Words: *Psoriasis; Sunburns; Pharmaceutical Care.*

Fecha de recepción 10/09/2017 **Fecha de aceptación** 13/02/2018

Correspondencia: M^a José Díaz

Correo electrónico: marijo72@euskalnet.net



Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Díaz Gutiérrez MJ.

❖ CASO CLÍNICO

INTRODUCCION

En este caso se plantea una situación en la cual ante una patología de la piel, como es la psoriasis, se puede desencadenar otro problema de salud asociado al uso de la medicación para su tratamiento sin los cuidados necesarios para minimizar los efectos del sol.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cuya afectación dérmica hace que aparezcan pápulas eritematosas y placas en la epidermis debido a la gran descamación de las capas de la piel. Puede afectar hasta un 5% de la población y aunque habitualmente sus síntomas suelen ser menos graves (placas y picor) la repercusión por la afectación estética suele ser importante. Además de la afectación externa, hasta un 30% de los casos puede desarrollar una psoriasis artrítica. La media de edad de comienzo se encuentra en los 28 años, pero existe otro pico en torno a los 55 años

150

En España se estima una incidencia en torno a un 1,4%

La etiología de la psoriasis se considera multifactorial. Han sido identificadas causas ambientales, genéticas y factores inmunológicos que juegan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad.

En los casos en los que aparecen eritema y placas, el tratamiento suele ser a base de corticosteroides tópicos (reducen la placa y la inflamación) aplicados una o dos veces al día, con o sin análogos de vit D3 (calcipotriol), con mejor perfil de seguridad aunque de respuesta más lenta. En las formas más graves de psoriasis se consideran los tratamientos con fototerapia y tratamientos sistémicos con inmunosupresores o inmunomoduladores y tratamientos biológicos. Las cremas emolientes se usan

Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Díaz Gutiérrez MJ.

❖ CASO CLÍNICO

ampliamente para evitar la formación de las placas de psoriasis y mantener la piel bien hidratada (no se deben aplicar en los pliegues para evitar la maceración). Los compuestos con ácido salicílico permiten ablandar, junto con el emoliente, las placas y así, favorecer su eliminación. Compuestos como el coaltar o antralina evitan la proliferación de los queratinocitos y disminuyen la reacción inflamatoria, aunque suelen ser peor aceptados por su olor y porque manchan la ropa. La fototerapia se utiliza en pacientes con afectación generalizada y placas diseminadas por el cuerpo. La luz solar parece beneficiar en la mayoría de los casos pero se debe evitar la quemadura solar porque puede agravar la patología.

PRESENTACION INICIAL DEL CASO

Acude a la farmacia comunitaria un varón de unos 55 años demandando algo para una quemadura que tiene en una pierna. Nos comenta que está en tratamiento con calcipotriol/betametasona desde hace unos días pautado por su médico para tratar las placas de psoriasis que tiene en distintas partes de su cuerpo.

Al preguntarle cómo utiliza su medicación nos indica que se aplica el calcipotriol/betametasona por las noches, tal y como le recomendó su médico. A continuación relata que por las mañanas suele ir a practicar ciclismo al aire libre un par de horas.

No necesita ninguna otra medicación para tratar otras patologías

Le preguntamos si utiliza crema de sol cuando va a realizar deporte en la calle y nos responde que en las piernas no.

Le explicamos que entre los efectos tópicos adversos más frecuentes de los corticoides se describe la disminución del grosor de la epidermis, aclaramiento de la piel y atrofia,

Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Díaz Gutiérrez MJ.

❖ CASO CLÍNICO

acné, eczemas, rosácea...que además se puede agravar con el efecto fotosensibilizante del calcipotriol, por lo que la exposición al sol debe reducirse.

Observamos que la quemadura que tiene puede ser debida al sol sobre la piel ya, de por sí, sensibilizada por la enfermedad y acentuado el efecto del sol por el corticoide y el análogo de vitamina D tópico.

INTERVENCIÓN

En nuestro caso el paciente recibe un medicamento con betametasona y calcipotriol, indicados para el tratamiento de su afección cutánea. Observamos que el paciente no realiza los cuidados necesarios para minimizar los efectos adversos que se puede provocar en el transcurso del mismo y durante su vida habitual (deporte al aire libre).

Recomendamos, en nuestra intervención, aplicar la crema por la noche, tal y como está haciendo. Por la mañana, antes de la exposición al sol limpiar muy bien la zona y aplicar una crema con alta protección solar para evitar los efectos nocivos del sol, que además se pueden ver potenciados por el uso del medicamento fotosensibilizante.

La intervención propuesta desde la farmacia busca minimizar dichos efectos adversos, ya que como hemos observado se ha producido una quemadura provocada por el sol en la zona lesionada y tratada.

RESULTADOS

Al cabo de unos días, el paciente retorna a la farmacia para comentarnos que su lesión ha mejorado tras establecer los cuidados recomendados como parte de su rutina

Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Díaz Gutiérrez MJ.

❖ CASO CLÍNICO

diaria. Ahora recomendamos que en periodo entre brotes no descuide el cuidado de su piel y aplique cremas emolientes tras la higiene diaria y protección solar al practicar deporte al aire libre.

En este caso, a través del Servicio de Indicación farmacéutica, se ha identificado un Resultado Negativo de la Medicación de inseguridad cualitativa por calcipotriol/betametasona, debido a la probabilidad de efectos adversos de este tratamiento. La intervención farmacéutica ha consistido en la recomendación de un producto para minimizar los riesgos de los efectos adversos del tratamiento, y ofrecer Información personalizada sobre el medicamento al paciente. La tabla 1 resume la situación identificada.

Problema de salud	Medicamento implicado	PRM	RNM	Intervención
Quemadura solar	calcipotriol/betametasona	Prob. Efectos adversos	Inseguridad cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar tratamiento preventivo IPM

153

PRM=Problema relacionado con el Medicamento; RNM=Resultado Negativo de la Medicación; IPM: información personalizada.

Tabla 1: Resumen de la situación.

Psoriasis y quemaduras solares: a propósito de un caso.

Díaz Gutiérrez MJ.

❖ CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. [Internet]. Available from: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_v19_n3.pdf
2. AEMPS (Internet). Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA). [Internet]. Available from: <https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
3. Psoriasis, guía clínica [Internet]. Available from: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/psoriasis/>
4. Daivobet: Ficha técnica [Internet]. Available from: [Ficha técnica de Daivobet crema, disponible en http://www.leo-pharma.es/Files/Filer/leo_es/Fichas%20Tecnicas/Daivobet%2050%20mcg_0_5%20mg_%20g%20pomada%2022-01-2015.pdf](http://www.leo-pharma.es/Files/Filer/leo_es/Fichas%20Tecnicas/Daivobet%2050%20mcg_0_5%20mg_%20g%20pomada%2022-01-2015.pdf)
5. McCormack PL. Calcipotriol/betamethasone dipropionate: a review of its use in the treatment of psoriasis vulgaris of the trunk, limbs and scalp. *Drugs* 2011 Apr 16;71(6):709-30 [Internet]. Available from: <https://www.dovepress.com/calcipotriolbetamethasone-for-the-treatment-of-psoriasis-efficacy-safe-peer-reviewed-fulltext-article-PTT>
6. Manual merck. In. Available from: <http://www.merckmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/psoriasis-and-scaling-diseases/psoriasis>

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

María González Valdivieso

Patrono de la Fundación Pharmaceutical Care España, Farmacéutica Comunitaria, Farmacia la Barbera, La Vila Joiosa, Alicante. España.

Multidose drug dispensing and discrepancies between medication records.

Wekre L, Spigset O, Sletvold O, Sund J, Grimsmo A.
BMJ Quality & Safety. 2010; 19(5):e42-e42.

Este estudio tuvo como objetivo investigar si la implementación de un servicio de SPD en pacientes ancianos ambulatorios de centros socio sanitarios o de atención domiciliaria, se asociaba con un cambio en las discrepancias con la medicación. Los pacientes tenían una edad media de 80 años al inicio del estudio y el 78% eran mujeres.

El uso y el manejo incorrecto de la farmacoterapia supone un importante problema ya sea tanto en atención especializada como en atención primaria, y se asocia con un mayor número de eventos adversos relacionados con los medicamentos.

Los Servicios de Salud Noruegos han venido planificando desde 1999, acciones dirigidas a mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, especialmente en los servicios de atención primaria, siendo una de las que han puesto en marcha, la implementación de servicios de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) tanto para centros de socio sanitarios como para atención domiciliaria.

En la actualidad aproximadamente 35.000 pacientes se benefician de estos servicios en Noruega (80% de atención domiciliaria) que conllevan que los pacientes reciban sus medicamentos dispensados en bolsas unidosis desechables y etiquetadas con los datos del paciente, los medicamentos que contiene y la pauta posológica. Se estima incluir a un total de

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

200.000 pacientes ya que los beneficios esperados de este servicio son que reduzcan errores de medicación, se aumente la adherencia terapéutica y disminuya el gasto en medicamentos.

La atención domiciliaria de estos pacientes requiere la colaboración entre médicos de familia y proveedores de atención domiciliaria que generalmente no trabajan físicamente juntos, y que además no comparten los registros de la farmacoterapia de estos pacientes que tienen en común.

En este servicio de SPD, la farmacia establecía un registro de medicamentos para cada usuario que se compartía electrónicamente con la compañía responsable de empaquetar los medicamentos en las bolsas unidosis, proporcionando al farmacéutico una descripción completa de los medicamentos de los pacientes incluyendo tanto a los medicamentos procesados por el servicio de SPD como los que no lo son.

Las discrepancias de medicación se clasificaron en cuatro grupos según su potencial para causar daño al paciente como:

Clase 1: poco probable que causen incomodidad al paciente o deterioro clínico.

Clase 2: potencial de causar molestias moderadas o deterioro clínico.

Clase 3: potencial de producir incomodidad severa o deterioro clínico.

Clase 0: cuando no se pudo decidir con certeza si la discrepancia era una verdadera discrepancia o no.

Las discrepancias fueron evaluadas por un equipo formado por dos farmacéuticos, un médico de familia, un farmacólogo clínico y un geriatra. Cada miembro del equipo hizo una evaluación individual antes de la evaluación conjunta. En caso de desacuerdo sobre las inconsistencias, el problema se resolvió mediante discusión, alcanzándose un consenso en todos los casos.

Se utilizaron dos enfoques para estudiar si había habido cambios significativos antes y después de la implementación del servicio de SPD, el primero comparaba la suma de los puntajes de riesgo antes y después de la implementación del servicio y el otro comparaba el

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

número de registros de medicamentos de alto riesgo antes y después de la implementación de SPD.

En total, hubo una reducción del 34% en el número de discrepancias después de la implementación del servicio, también se mejoró la concordancia entre la información en los registros de medicamentos de los médicos de familia y en los servicios de atención domiciliaria que provocó una disminución en los riesgos de salud estimados debido a discrepancias, por último se observó una reducción significativa en el número de discrepancias no solo para los fármacos sujetos a SPD, sino también para los fármacos no incluidos en el servicio.

Estos hallazgos apoyan la suposición de que las mejoras no se deben necesariamente sólo al SPD, sino que también podrían atribuirse al propio proceso de implementación, al trabajo realizado por los diferentes participantes y a la cantidad de recursos asignados.

Los protocolos establecidos entre los médicos de familia y las farmacias, junto con el trabajo de información logrado durante la implementación del servicio, fueron factores importantes para lograr una mejor seguridad de los medicamentos durante el servicio, por la disminución de las discrepancias y una disminución en los riesgos de salud después de la implementación del SPD. Los estudios demuestran, sin embargo, que una reducción en los errores de prescripción no tiene que traer pareja necesariamente una disminución en los eventos adversos del medicamento y que el manejo del fármaco después de retirarlo del envase aún puede contribuir a una alta frecuencia de errores. Por otro lado, el servicio SPD puede reducir el número de prescriptores, que es un factor de riesgo independiente.

Person-centred over patient-centred care: not just semantics.

Barnett N

Clinical Pharmacist, April 2018, Vol 10, No 4, online.

¿Por qué hablar de la atención centrada en la persona y no de atención centrada en el paciente?

El término "atención centrada en la persona" considera las necesidades, valores y preferencias de las personas e identifica que el profesional de la salud y la persona deben trabajar juntos para planificar una óptima atención.

Para responder a esta pregunta, la autora en este artículo reflexiona sobre qué debemos preguntarnos nosotros como profesionales de la salud y que es lo que percibiríamos nosotros mismos si necesitáramos tratamiento, si preferiríamos entonces que los que nos atienden nos llamasen personas o pacientes.

Aunque podemos considerarnos pacientes cuando accedemos a la atención sanitaria, es poco probable que la mayoría de nosotros nos definamos de esta manera. ¿Qué queremos de los profesionales de la salud cuando accedemos a la atención médica? La palabra "paciente" tiene connotaciones específicas, pero quizás no se reconocen. Cuando pensamos en "pacientes" en lugar de en "personas", hay un cambio mental en el equilibrio de poder entre dos partes que equivalen a "ayudante" (con conocimiento, habilidades y experiencia en salud) y "persona que necesita ayuda" (que necesita nuestro conocimiento, habilidades y experiencia en salud) y esto es lo que genera y fomenta de manera inconsciente, una actitud más paternalista hacia la persona con la que estamos tratando de establecer una relación terapéutica.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La persona en su contexto

Como resultado de todo esto se establece un cambio de preferencia hacia el término "atención centrada en la persona" en lugar de "atención centrada en el paciente" en relación con la salud, siendo el término ahora utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha sido aceptado internacionalmente; se enfoca en una persona que recibe atención médica (el paciente) pero refiriéndose a la "persona completa" que vive con su enfermedad, en su contexto social, familiar y comunitario, y que tiene experiencias para compartir al respecto. El término incluye además la consideración de las necesidades, valores y preferencias de la persona, e identifica que optimizar la salud de la persona requiere de una planificación conjunta de los cuidados. En este sentido tanto La he Royal Pharmaceutical Society (RPS) como el General Pharmaceutical Council (GPhC), se refieren en el primer capítulo de sus estándares, publicados recientemente, a la atención centrada en las personas.

La autora de este artículo habla de que, del mismo modo que Apple ha concebido productos que sus propios creadores desean utilizar, los profesionales sanitarios debemos proporcionar los servicios centrados en las personas que nosotros mismos deseáramos utilizar y que, en lugar de pensar sólo en lo que hacemos (proporcionar un servicio seguro, efectivo y afectuoso) y cómo lo hacemos (a través de un buen gobierno, procesos sólidos y base de evidencia), debemos centrarnos en porqué lo hacemos, que es proporcionar el mejor servicio, colocando a la persona y no al paciente en el centro de la Atención Farmacéutica.

Cambios en la política

En los últimos años las políticas sanitarias del National Health Service (NHS) han promovido la participación del paciente en la atención médica, la prevención de enfermedades, la toma de decisiones compartida y el autocuidado, produciéndose un claro impulso hacia el empoderamiento del paciente y las alianzas con otros profesionales de la salud. El Royal College of Physicians y el Royal College of General Practitioners han atendido la llamada y han creado herramientas y recursos. También el mundo de la farmacia se comprometió con el informe "Now or Never" de la RPS, donde se destacaba cómo los farmacéuticos podían

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ayudar a los pacientes en su autocuidado con la "Guía de optimización de la Farmacoterapia" y en donde la experiencia del paciente aparece como uno de los cuatro principios clave.

La farmacia aporta valor

La atención centrada en la persona debe ser el corazón de todo lo que hacemos en la farmacia, este problema global ha sido recogido recientemente por la OMS como tercer reto mundial por la seguridad del paciente: *reducir los daños causados por los medicamentos*, incluye como objetivo desarrollar "mecanismos para el compromiso y el empoderamiento de los pacientes para administrar de forma segura sus propios medicamentos" y donde los farmacéuticos se encuentran en una posición única para agregar valor a las consultas relacionadas con los medicamentos usando el enfoque centrado en la persona y la medicina basada en evidencia.

Al utilizar este enfoque, los farmacéuticos podrían convertirse en líderes de la atención centrada la salud de las personas, proporcionando una interpretación profesional e imparcial de la información relacionada con los medicamentos en el contexto de las creencias, valores, preferencias y vidas de nuestros pacientes.

The practice pharmacist: a natural fit in the general practice team.

Freeman C, Rigby D, Aloizos J, Williams I.

Australian Prescriber. 2016;39(6):211-214.

Las funciones del *practice pharmacist* se pueden dividir en tres categorías: rol enfocado hacia el paciente, rol clínico y práctico y por último, rol orientado hacia el sistema.

Existe evidencia de que la integración del farmacéutico en el equipo de salud puede mejorar tanto los resultados clínicos como los no clínicos y además, reducir la división en el cuidado del paciente, además la gestión colaborativa de la farmacoterapia entre el médico de familia y el farmacéutico, podría reducir costes para el sistema de salud por eventos adversos relacionados con los medicamentos y la mala adherencia a los regímenes de medicación.

161

En Australia y, a pesar de que se han diseñado intervenciones enfocadas a reducir los daños asociados con el uso de medicamentos, el incremento de pacientes con múltiples morbilidades, que requieren regímenes farmacoterapéuticos complejos, ha aumentado el número de ingresos hospitalarios relacionados con los medicamentos. Con unos costes estimados de 1,2 mil millones de dólares. Algunos informes encontraron que en Australia, hasta el 12% de la población asistida en atención primaria, había experimentado algún evento adverso relacionado con los medicamentos durante los últimos seis meses.

En este país es frecuente encontrar a las enfermeras y a otros profesionales, aliados e integrados en los equipos sanitarios, este cambio de filosofía de la práctica en la atención primaria australiana ha sido posible al primarse los modelos centrados en el paciente. En este sentido, Australia también ha liderado internacionalmente los nuevos roles de los *practice pharmacist*, es decir, aquellos farmacéuticos que brindan servicios profesionales

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

colaborativos, coordinados e integrados con un objetivo general que es el de mejorar la calidad en el uso de los medicamentos de las personas.

La mayoría de los estudios actuales que han examinado estos modelos donde el farmacéutico se integra dentro del equipo de atención primaria, y donde las intervenciones involucran generalmente la revisión de la medicación, con o sin otras actividades como educación, control de medicación y ajuste posológico, muestran una evidencia a favor de dicha integración.

Para la evaluación del efecto de estas intervenciones se han utilizado cuatro marcadores clínicos: presión arterial, hemoglobina glicosilada, colesterol y el puntaje de riesgo cardiovascular con la escala de Framingham, observándose que las intervenciones del farmacéutico producían mejoras significativas en todos los marcadores clínicos en comparación con los grupos de control, obteniéndose mejores beneficios si las intervenciones se combinan con seguimiento más que con servicios farmacéuticos aislados. Sin embargo, estos mismos estudios no mostraban resultados relacionados con la calidad de la vida ni la satisfacción de los pacientes con estos servicios.

El ensayo a gran escala PINCER, encontró que las intervenciones asistenciales dirigidas por farmacéuticos, reducían los problemas relacionados con la medicación y eran rentables. Otros estudios también citan el ahorro en los costes que va desde 44 a 100 dólares por paciente, llegándose a obtener 1.56 de beneficio por cada dólar invertido, según la consultora Deloitte, lo que equivaldría a 544.87 millones de dólares en ahorros durante cuatro años.

Uno de los elementos claves descritos en la literatura revisada en este artículo, para que el farmacéutico acabe por integrarse en el equipo de salud, es el acceso a los registros de salud de los pacientes; permitir que el farmacéutico asistencial pueda consultar el historial médico y farmacoterapéutico del paciente. También es clave el facilitar una mejor coordinación de la atención entre el *practice pharmacist* y el resto de los miembros del equipo, aunque la ausencia de fondos dedicados y sostenibles para facilitar la integración sigue siendo la mayor barrera para su implementación.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La percepción por parte de médicos, pacientes y proveedores de que el farmacéutico es un mero dispensador de medicamentos o un minorista, crea incertidumbre en torno a su utilidad dentro de un equipo médico integrado, lo que supondrá un reto para desarrollar el nuevo papel del farmacéutico. También hay que tener en cuenta que alguno de los roles descritos del *practice pharmacist*, se llevan a cabo actualmente en otros niveles, por otros miembros del equipo de atención primaria, por lo que su desarrollo por parte de los farmacéuticos podría ser visto como una amenaza, sin embargo, permitir que el farmacéutico asuma el liderazgo de estos roles asistenciales teniendo un mejor aprovechamiento de la labor asistencial del farmacéutico, posibilitaría que el resto de miembros del equipo se centren en su funciones principales.

Por último, la coordinación entre la farmacia comunitaria y los médicos de familia, liderada por el *practice pharmacist* sería beneficioso para los pacientes ya que reduciría la fragmentación de la atención sanitaria y mejoraría la comunicación entre médicos y farmacéuticos comunitarios, mejorando entre otros, la conciliación de la medicación, un proceso crítico para reducir los errores de medicación en las transiciones de los pacientes desde el hospital hasta sus hogares o residencias y creando listas de medicación sin discrepancias que son especialmente útiles para la realización del servicio de los sistemas personalizados de dosificación.