

## Agradecimientos

**E**n este último número del año, quiero agradecer la implicación y dedicación de todos los que hacen posible 22 años de publicación de Pharm Care Esp.

Son momentos de especiales dificultades y de una gran incertidumbre sobre el futuro, no solo para nuestra revista, sino para el conjunto de la sociedad. Pero las dificultades están ahí para superarlas y los momentos de crisis lo son también de oportunidades.

Desde el Comité editorial de Pharm Care Esp, seguimos intentando mejorar la calidad de la revista con la incorporación de nuevos profesionales al equipo de revisores, a los que damos la bienvenida y agradecemos enormemente su colaboración desinteresada.

Este año, se ha incorporado M<sup>a</sup> Victoria Rojo a la sección de *Revisión de la literatura nacional e internacional*, en sustitución de María González que sigue colaborando con nosotros y ha pasado a formar parte del equipo de revisores de la revista.

Desde estas líneas quiero agradecerlos a todos, comité editorial, traductora, revisores y por su puesto a los autores que depositan su confianza en nuestra revista, el esfuerzo realizado hasta ahora para que Pharm Care Esp, sea el punto de encuentro entre quienes apostamos por el desarrollo de la Atención Farmacéutica en nuestro país.

A continuación publicamos la lista de los revisores que han colaborado con nosotros en 2020.

|   |   |
|---|---|
| <i>Miquel Aguiló Juanola, Islas Baleares</i>          | <i>Bastolomé Oliver Oliver, Islas Baleares</i>    |
| <i>Flor Álvarez de Toledo Saavedra, Oviedo</i>        | <i>Cristian Plaza Plaza, Chile</i>                |
| <i>N. Floro Andrés Rodríguez, Pontevedra</i>          | <i>Pedro del Río Pérez, León</i>                  |
| <i>Virginia Arroyo Pineda, Toledo</i>                 | <i>M<sup>a</sup> Victoria Rojo Manteca, Ávila</i> |
| <i>Begoña Calvo Hernández, Vitoria</i>                | <i>Elías Ruíz Rojo, Valencia</i>                  |
| <i>Benet Fité Novellas, Barcelona</i>                 | <i>Ana Santamaría Pablos, Santander</i>           |
| <i>José A. Fornos Pérez, Pontevedra</i>               | <i>Nancy Solá Uthurry, Argentina</i>              |
| <i>Miguel A Gastelurrutia Garralda, San Sebastián</i> | <i>Carlos Treceño Lobato, Valladolid</i>          |
| <i>María González Valdivieso, Alicante</i>            | <i>Juan Uriarte García-Borreguero, Bilbao</i>     |
| <i>Elsa López Pintor, Elche</i>                       | <i>Elena Valles Martín, Valladolid</i>            |
| <i>Patricia Mastroianni, Brasil</i>                   | <i>Raquel Varas Doval, Madrid</i>                 |

Gracias a todos!!

399

**Ana Dago**  
**Directora de Pharm Care Esp**



## ❖ ORIGINAL

## Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

### Beyond COVID-19. Design of a new model of shared services between community pharmacies and primary health care

Pinzón Pulido S<sup>1</sup>, Ferrer López I<sup>2</sup>, Cáceres Fernández-Bolaños R<sup>3</sup>, Hidalgo Fort E<sup>4</sup>, Escudero Espinosa C<sup>1</sup>, Navarro Matillas B<sup>1</sup>, Rodríguez Gómez S<sup>2</sup>, López Narbona J<sup>5</sup>, Grupo NUMA.

<sup>1</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Andalucía, España.

<sup>2</sup> Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, Andalucía, España.

<sup>3</sup> Real e Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, Andalucía, España.

<sup>4</sup> Universidad de Sevilla, Andalucía, España.

<sup>5</sup> Consejería de Salud y Familias, Sevilla, Andalucía, España.

**Conflicto de Intereses/Competing Interest:** Ninguno que declarar

400

### RESUMEN

**Introducción.** Las farmacias comunitarias representan un papel clave en la respuesta al COVID-19 y especialmente en el control de enfermedades crónicas más allá de la pandemia.

**Objetivo.** Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria para prevenir la fragilidad y promover el autocuidado en personas mayores.

**Método.** Estudio cualitativo de investigación-acción con mapeo de actores, segmentación de perfiles, grupos de discusión, entrevistas en profundidad y sesiones de diseño creativo. Las técnicas utilizadas aseguraron la participación de personas mayores y profesionales en todas las etapas de diseño.

**Fecha de recepción:** 18/07/2020 **Fecha de aceptación:** 21/11/2020

**Correspondencia:** Sandra Pinzón

**Correo electrónico:** sandra.pinzon@matiafundacioa.eus

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

**Resultados.** Se generaron circuitos comunes de comunicación para los nuevos servicios y protocolos de actuación compartidos. Se propusieron nuevos roles profesionales en respuesta a las necesidades, expectativas y preferencias de las personas mayores. Se diseñaron los servicios de detección de fragilidad, adherencia a nuevos medicamentos, toma de constantes y refuerzo terapéutico. El modelo aporta sistemas de comunicación bidireccional entre atención primaria y farmacia comunitaria y reconoce el papel de la farmacia comunitaria en la promoción del autocuidado y gestión de la patología crónica y la medicación.

**Conclusiones.** Se evidencia la importancia de crear un ecosistema más abierto que dé lugar a innovaciones organizativas que aprovechen la proximidad y capilaridad de las oficinas de farmacia, así como la incorporación de la omnicanalidad en la atención, esencial en situaciones de crisis sanitaria como la actual. Asimismo, queda demostrado que las técnicas de diseño cooperativo favorecen la participación de los agentes involucrados, aumentando su contribución e impacto potencial sobre los resultados.

**Palabras clave.** *Farmacia comunitaria; Atención primaria; Fragilidad en personas mayores; Autocuidado; COVID-19.*

**ABSTRACT**

**Introduction.** Community pharmacies play a key role in response to COVID-19 and especially in the control of chronic diseases beyond the pandemic.

**Objective.** To design a new model of health assistance focused on frailty prevention and the self-care promotion among older adults, using share care services between the community pharmacy and the primary healthcare.

**Method.** We conducted a qualitative study of action research using methods as actor mapping, segment profile, discussion groups, in-depth interviews and creative design

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

## ❖ ORIGINAL

sessions. Using those techniques during all the design stages allowed us to get an effective participation of older adults and professionals.

**Results.** Common communications circuits for the new services, new professional roles and shared action protocols were created. Furthermore, we designed early frailty detection, medication review associated with fall risk, assessment and intervention for adherence to new medications, vital sign checking and hypertension, diabetes and COPD therapeutic reinforcement services. This model provides two-way communication systems with the primary health care and recognizes the community pharmacy functions in the scope of self-care promotion and chronic pathology and medication self-management.

**Conclusions.** It is highlighted the importance of creating a more open ecosystem within the community. The feedback obtained will allow to design organizational innovations. This has to be done taking advantage of the community pharmacies proximity and capillarity in the territory, as well as the new incorporation of the omni-channel care. Besides, cooperative design techniques have proved to be an encouragement for the participation of the involved agents, increasing their contribution and potential impact on the results.

**Key words.** *Community pharmacy; Primary health care; Frail older adults; Self-care; COVID-19.*

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

**INTRODUCCIÓN**

En un contexto de acelerado envejecimiento poblacional<sup>1</sup> y un potencial incremento de la cronicidad y la fragilidad<sup>2</sup>, se vienen desarrollando hace décadas servicios farmacéuticos de apoyo al cuidado<sup>3-6</sup>. Para prestar estos servicios, las farmacias comunitarias actúan como establecimientos sanitarios de interés público, a pesar de su titularidad privada. Sin embargo, aunque están formalmente reconocidas como agentes de salud, su integración en los procesos asistenciales no está exenta de dificultades<sup>7</sup>. Algunas de las barreras a la integración que han sido identificadas en estudios previos son: la falta de apoyo de las administraciones sanitarias<sup>5</sup>; la escasa demanda de los servicios farmacéuticos<sup>5</sup>; el actual sistema retributivo basado en la dispensación de fármacos y no en la prestación de servicios<sup>5,8</sup>; y, la escasa existencia de sistemas de información compartidos<sup>5</sup>.

Las farmacias comunitarias representan además un papel clave en la respuesta a la crisis de salud pública generada por el COVID-19. La oficina de farmacia comunitaria es uno de los puntos de atención sanitaria más accesibles para el conjunto de la población. Durante la pandemia actual, se reconoce que las farmacias comunitarias a menudo son el primer punto de contacto con el sistema de salud para personas con COVID-19, mientras continúan prestando los servicios de apoyo para el control de enfermedades crónicas, cuando el acceso a los centros de salud está condicionado por las medidas de confinamiento necesarias para frenar la propagación del virus<sup>9</sup>.

El estudio que se presenta a continuación, describe la fase de diseño del “Nuevo Modelo Asistencial – NUMA”, en el que se generan nuevos servicios compartidos entre farmacia comunitaria y atención primaria, apoyados en una tecnología de gestión remota.

403

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

**MÉTODOS**

Se diseñó un estudio cualitativo de investigación-acción. En la primera fase se realizó una revisión exhaustiva de la literatura publicada sobre el tema, un análisis de la normativa aplicable y una revisión de tecnologías, protocolos de comunicación y dispositivos electrónicos útiles para la generación de los servicios compartidos.

Con el propósito fundamental de comprender lo que sienten y piensan las personas mayores con enfermedades crónicas y los equipos profesionales que les atienden acerca de la participación de la farmacia comunitaria en el proceso asistencial, se llevó a cabo un mapeo de actores que permitió identificar los siguientes perfiles: 1) personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas usuarias habituales de la farmacia comunitaria; 2) profesionales de medicina, enfermería y farmacia de atención primaria; 3) profesionales de farmacia comunitaria; y, 4) responsables de sistemas de información del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Con representantes de estos perfiles se realizaron grupos de discusión y entrevistas en profundidad. El muestreo fue teórico y el tamaño de la muestra condicionado por la saturación del discurso. Las entrevistas y grupos fueron grabadas en formato audiovisual, previo consentimiento por parte de las personas entrevistadas.

En la segunda fase, se convocaron grupos de diseño creativo para definir los servicios que pasarían a la fase piloto y el plan de gestión del cambio necesario para su implantación<sup>10</sup>. En las sesiones de diseño creativo participaron representantes de la Consejería de Salud, el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el Departamento de Ingeniería Electrónica de la Universidad de Sevilla, instituciones responsables del proyecto NUMA, además de personas mayores y profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria incluidas en la primera fase.

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

**❖ ORIGINAL**

Finalizando la fase de diseño surgió la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y en consecuencia una reflexión acerca de la utilidad del modelo en la provisión de servicios durante la pandemia. Esta reflexión se recogió mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales implicados en el diseño del proyecto.

El diseño metodológico fue completamente inductivo. Se consideró la saturación teórica para determinar el tamaño muestral. Se utilizó el Método Comparativo Constante para extraer los elementos clave del modelo y las recomendaciones para la etapa COVID-19. El rigor científico se aseguró mediante el cumplimiento de los criterios de credibilidad, consistencia, neutralidad y adecuación metodológica. El proceso de codificación se apoyó en NVivo 12.

**RESULTADOS**

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, diez entrevistas en profundidad, dos sesiones de diseño creativo y diez entrevistas semiestructuradas. En los grupos de discusión y entrevistas participaron 13 personas mayores, 10 profesionales de atención primaria, 6 titulares de farmacia comunitaria y el responsable de sistemas de información del SSPA. En las sesiones de diseño participaron 10 personas mayores, 15 profesionales de atención primaria, 7 titulares de farmacia comunitaria, y 10 representantes de las instituciones responsables del proyecto. Para la reflexión sobre el modelo en contexto COVID-19 se realizaron 10 entrevistas a profesionales de los distintos perfiles incluidos en el diseño del nuevo modelo.

**Comprender las necesidades y preferencias**

El análisis de los grupos de discusión y las entrevistas mostró que el modelo asistencial vigente estaba claramente orientado al tratamiento de la patología crónica, más que a su prevención y que no daba respuesta real a las necesidades y preferencias expresadas

Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

por las personas mayores, especialmente en relación con la personalización de la atención (Tabla 1).

| Categoría                       | Interpretación   | Discurso   |
|---------------------------------|--|--|
| Necesidades de la persona mayor | Las personas mayores consultadas valoran el sistema público, gratuito y universal, aunque reconocen que en ocasiones recurren a la sanidad privada. El énfasis de su discurso está en la necesidad de una atención más personal, más humana y directa por parte del personal sanitario, especialmente de medicina de atención primaria con quien esperan tener una relación de confianza. Que se les reconozca como individuos y dedique el tiempo disponible a escuchar sus problemas y necesidades, tanto como a garantizar que puedan comprender el tratamiento que se prescribe. Se echa en falta un seguimiento más integral, más personalizado y más respetuoso con la persona mayor en cuanto al trato. | <i>“Que el médico te pregunte ¿cómo se siente usted? No es igual que se ponga en el ordenador y que está escribiendo, y no sabes si es del anterior lo que escribe o ya es de ti, sin mirarte dice “dígame, dígame”, y tú le dices, pero no sabes si te está atendiendo, y a los 6 o 7 minutos te dice “venga, tómeselo esto”. Esto genera una intranquilidad y una insatisfacción muy grande”</i> |
| Proceso asistencial             | La calidad de la atención médica la relacionan con el tiempo dedicado a realizar una buena historia clínica que permita al profesional indagar y conocer la cotidianeidad de la persona. La cronicidad de las patologías implica comprender su trayectoria, no solo el motivo de consulta específico que origina la visita<br><br>El personal sanitario de atención primaria pone especial énfasis en la limitación del tiempo de consulta para la atención a las personas con enfermedades crónicas y pluripatología. Se aprecia una clara conciencia de la complejidad de las necesidades de las personas mayores y la imposibilidad de llevar a la práctica una atención más integral.                      | <i>“El enfoque del modelo asistencial está muy orientado a la problemática que estamos tratando. A lo mejor habría que darle una vuelta no solo al modelo asistencial, también al enfoque. Está orientado a un diagnóstico, seguimiento del diagnóstico y seguimiento del tratamiento. Por lo menos a nivel protocolario no está integrado a lo que es prevención, educación, promoción”.</i>      |
| Estereotipos                    | El <i>edadismo</i> es común en la sociedad y se hace explícito también en el centro de salud. Este trato discriminatorio por razón de la edad se asocia a profesionales que no tienen continuidad en la atención a la persona mayor. Este es el caso de las sustituciones o de los sucesivos cambios relacionados con las redistribuciones automáticas que se hacen de la población asignada a cada profesional.   | <i>“Tú dices me duele la rodilla, y preguntan ¿cuántos años tiene usted? Setenta. Pues entonces es eso, ya es la edad. Cosas de ese tipo se repiten una y otra vez. Pero mire usted, yo tengo derecho a intentar vivir bien con los años que tengo... parece que me están perdonando la vida</i>   |
| Roles profesionales             | En el proceso asistencial a la persona mayor con pluripatología actualmente intervienen distintos agentes de salud para los que están definidas sus funciones. Profesionales de medicina y enfermería de atención primaria tienen funciones claras relativas al diagnóstico y tratamiento en personas mayores con pluripatología.  | <i>“Está el médico, haciendo un diagnóstico e indicando un tratamiento. Está la enfermera, que da soporte para la adherencia al tratamiento, soporte terapéutico y de autocuidados. Y luego, la farmacia, que hasta el momento en pacientes pluripatológicos dan consejo sobre el fármaco y sobre la toma del fármaco”</i>   |

**Tabla 1:** Situación actual del proceso asistencial

Este fue uno de los elementos clave a tener en cuenta en el diseño de los nuevos servicios. Se destacó el papel de la farmacia comunitaria en el apoyo a los servicios de atención primaria, especialmente en el seguimiento farmacoterapéutico y el refuerzo en educación y promoción de salud (Tabla 2).



Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

| Categoría                            | Interpretación  | Discurso  |
|--------------------------------------|---|---|
| Educación y promoción de salud       | Farmacia comunitaria pueda prestar apoyo a las actividades de educación y promoción de salud. Pero para ello, es necesario establecer canales de comunicación eficaces entre los equipos de atención primaria y la farmacia comunitaria.  | <i>"Yo creo que es fundamental el papel de la farmacia en la educación terapéutica a los pacientes. El servicio de seguimiento farmacoterapéutico lo terminamos convirtiendo en una clase de educación sobre hábitos saludables"</i>  |
| Control de errores con la medicación | Los errores con la medicación que manifiestan las personas mayores y que refrendan las profesionales de enfermería consultadas, están asociados a los cambios constantes en los envases y características físicas de los medicamentos (colores, formas, etc.), en los que las marcas comerciales no resaltan el nombre del principio activo tanto como su imagen de marca. Estos errores están tienen una repercusión directa sobre la utilización y la adherencia terapéutica. | <i>"Cada dos por tres tengo problemas con la medicación, porque te daban antes una medicina con unos nombres y cada vez que voy me dan una nueva, porque son los genéricos, que hay dos o tres para el azúcar. Tienen ahí puesto el nombre y todo, pero yo no me lo pueden dar, tiene que ser la genérica y la genérica te"</i> |
| Adherencia a medicamentos            | Uno de los principales problemas de las personas mayores con su medicación es la falta de adherencia. Las indicaciones específicas que deben seguir para tomar cada medicamento pueden ser contradictorias entre sí, o al menos confusas para la persona mayor. Para dar solución a este problema, se han pilotado herramientas como el Sistema Personalizado de Dosificación.  | <i>"A la hora que tener que tomarse todos esos medicamentos, ahora uno y un vaso de agua, y ahora otro y un vaso de agua, y a la media hora... porque el otro es sin el alimento... Si nos ponemos en el papel del paciente, entenderemos por qué hay tantos problemas de falta de adherencia"</i>                              |
| Uso de las fórmulas complejas        | Otro problema habitual es el uso correcto de fórmulas farmacéuticas complejas, para las que se requiere un entrenamiento por parte de la persona y un seguimiento por parte de su médico o médica de atención primaria. La falta de seguimiento conduce a errores en la prescripción.   | <i>"Luego otra cosa es la de las fórmulas farmacéuticas complejas. Medicamentos que son difíciles de manejar, incluso por nosotros. Pacientes con EPOC que tienen que utilizar distintos inhaladores y cuando vienen a la farmacia a preguntar cómo lo utilizan, pueden estar utilizándolo mal y por eso no les"</i>            |
| Seguimiento farmacoterapéutico       | El papel de la farmacia comunitaria en el seguimiento farmacoterapéutico es claramente identificado por todas las personas consultadas, tanto las personas mayores como profesionales. Aunque existe una cierta precaución de fondo por el carácter privado de la farmacia, las personas mayores reconocen el papel que puede tener en el seguimiento farmacológico, sugiriendo que este servicio se preste en un espacio físico y temporal específico.                         | <i>"El farmacéutico debería hacer el seguimiento. Debería abrir un espacio para atención. Se tiene que sentar contigo, aparte, que están atendiendo los dos mancebos y el farmacéutico está contigo, aparte, con una historia. El farmacéutico tiene que colaborar más en el seguimiento"</i>                                   |
| Toma de constantes                   | Para las enfermeras consultadas otra función que puede ser compartida con la farmacia comunitaria es la toma de constantes, siempre que se pueda garantizar la fiabilidad del procedimiento y del dispositivo utilizado.  | <i>"Vería genial que la farmacia pudiera tomar constantes al paciente y cargarlas en la historia clínica electrónica. Descargaría la consulta de pacientes crónicos, muchas veces el paciente viene para controlarse su tensión, su glucemia... esos controles los podía hacer la farmacia"</i>                                 |

407

**Tabla 2:** Nuevos servicios preventivos en el nuevo modelo asistencial

Otro elemento clave a tener en cuenta fue la definición de nuevos roles profesionales que facilitarían la articulación de los servicios compartidos y favorecieran el autocuidado y la autogestión de la medicación por parte de las personas usuarias (Tabla 3).

Respecto a los sistemas de información, se analizaron las distintas herramientas disponibles y su potencial uso como soporte al nuevo modelo asistencial. Se evidenció la falta de una herramienta integradora que garantizara la gestión global del proceso y



Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

permitiera hacer seguimiento del impacto de las intervenciones sobre la salud y la calidad de vida de las personas usuarias (Tabla 4).

| Categoría                       | Interpretación  | Discurso   |
|---------------------------------|---|--|
| Medicina de Atención Primaria   | <p>El rol principal que actualmente desempeñan profesionales de Medicina de Familia es el diagnóstico de las enfermedades crónicas y la prescripción del tratamiento. Este rol está reconocido por todos los demás agentes involucrados, incluidas las personas mayores.</p> <p>Para abordar la otra parte de las funciones relacionadas con el seguimiento y la adecuación terapéutica, que actualmente no se cumplen a cabalidad por las dificultades organizativas (tiempo y tipo de consultas), es para lo que se propuso el apoyo desde la farmacia comunitaria.</p> <p>En el período de crisis sanitaria se destacó el rol complementario que enfermería podía aportar en sus visitas a domicilio y farmacia comunitaria con las personas usuarias habituales, cuando en medicina de familia se implantó la teleconsulta.</p>   | <p><i>"Pero sí es cierto que nosotros centrándonos en el paciente crónico, uno de los problemas es ese, es la información, la conciliación, porque claro, el paciente tiene un tratamiento antihipertensivo bueno, pero el que ya tiene cierta edad, que es el paciente del que estamos hablando, que tiene 3, 4 o 5 patologías importantes crónicas con mucha medicación, es un disparate que tenga un cambio de tratamiento, un cambio de pautas y no lo cojamos y lo sentemos, y hablemos con él un momento, porque la adherencia a ese tratamiento se va a disparar, y la aparición de efectos secundarios probablemente se reduzca mucho"</i></p> |
| Enfermería de Atención Primaria | <p>Las funciones de seguimiento, educación y promoción de salud están específicamente reconocidas para el personal de enfermería. El apoyo desde la farmacia comunitaria se entiende como una oportunidad para el personal de enfermería, siempre que se pueda garantizar la confidencialidad de la información sobre la persona atendida. La actividad está protocolizada y el personal ha recibido formación. Y aun así, no se llevan a la práctica de forma estructurada estas actividades. Otra función asignada al personal de enfermería es el seguimiento farmacoterapéutico. En este ámbito parece que se encuentran algunas dificultades que sería necesario abordar para poder cumplir con esta actividad, además de contar con el apoyo de otros agentes como puede ser la farmacia comunitaria.</p>   | <p><i>"Dando charlas educativas y grupales adaptadas a ellos (personas mayores migrantes) y al nivel del grupo, con un traductor, porque si no, es que no se enteran. Charlas a nivel individual y grupal"</i></p> <p><i>"Disminuiría la demanda. Pero no sé si sería gratuito para el paciente, o tendría un coste, estamos hablando de una población que no brilla por tener grandes medios económicos"</i></p> <p><i>"Yo he visto muchas evoluciones en el sistema. Hemos tenido 15 y 20 minutos con cada persona. Pero la educación, eso estaba en un póster, pero en la práctica no se hacía, no se hace, no"</i></p>                             |
| Farmacia Comunitaria            | <p>Las principales funciones de la farmacia son la dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico. Es esencial que, durante la dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios, la farmacia refuerce las políticas de prescripción por principio activo y no genere contradicción a la persona mayor. La farmacia comunitaria puede realizar una importante labor en la detección y corrección de errores. Esta labor es especialmente importante cuando se trata de personas que acuden a más de un servicio médico, generalmente porque tienen seguros privados.</p> <p>La farmacia comunitaria puede crear sistemas de alertas para las personas con enfermedades crónicas, hacer una detección precoz de distintas condiciones de salud y reforzar la educación para la salud. Durante la crisis sanitaria, farmacia comunitaria asumió un papel destacado en la dispensación y seguimiento de la farmacoterapia en personas con enfermedades crónicas.</p> | <p><i>"La farmacia tiene un papel fundamental. Es quien dispensa el fármaco. Muchas veces el paciente no se entera bien y le surgen dudas que consulta al farmacéutico y su labor es explicar según el médico le ha puesto la pauta en Receta XXI. Es otro apoyo más que tenemos. Un eslabón más de la cadena. También si el paciente es analfabeto, suelen explicarle a su nivel cómo tienen que tomar los fármacos. o preparar pastilleros que ya vienen preparados para desayuno, comida, merienda, cena o con dibujitos y eso ayuda a la adherencia"</i></p>   |

Tabla 3: Nuevos roles profesionales en el nuevo modelo asistencial

A partir de este análisis y de la reflexión sobre el papel de la farmacia comunitaria durante la pandemia del COVID-19, se generó el modelo conceptual que sustenta el nuevo modelo asistencial (Figura 1).



Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

| Categoría             | Interpretación   | Discurso  |
|-----------------------|--|---|
| Buzón del profesional | Este buzón reúne las funciones de gestión de los asuntos pendientes de cada profesional respecto a derivaciones, pruebas por imagen, pruebas funcionales, pruebas analíticas, medicación, partes de Incapacidad temporal y datos clínicos centralizados. A pesar de su funcionalidad, en la práctica no hay un sistema de niveles de alertas que permita priorizar la lectura de los mensajes, por lo que no resulta eficaz para el objetivo previsto. | <i>"En teoría la comunicación entre farmacia y primaria se puede hacer. El buzón del profesional es unidireccional, a no ser que en tu plataforma tengas un sistema de comunicación y que el aviso llegue al profesional, podría ser. Pero es mejor utilizar Teleconsulta"</i>  |
| Tarjeta Sanitaria     | La Tarjeta Sanitaria es la llave de acceso a la información clínica de la persona y tiene un gran potencial para la valoración integral e interdisciplinar, así como para el seguimiento. El principal reto está en garantizar la confidencialidad de los datos clínicos a la vez que favorecer la comunicación efectiva entre profesionales de atención primaria y farmacia comunitaria para la mejor atención a la persona mayor.                    | <i>"El riesgo (de acceder a la historia clínica) es la confidencialidad. En la farmacia no solo está el farmacéutico, está el mancebo, y hay más personas. Hay determinados aspectos de la historia que no creo que tenga que tener acceso cualquier persona, solamente los interesados en el seguimiento de esa patología"</i> |
| Botón Rojo            | Este acceso web incorpora las aplicaciones que desarrollan los propios Distritos Sanitarios, con una dirección interna. El programa de detección de la fragilidad que se ha implantado en Andalucía se ha desarrollado a través de este Botón Rojo.  | <i>"La detección de fragilidad, es botón rojo. Es gestor de informes puro y está en el botón rojo. Están los formularios para detección de fragilidad. Es la combinación de 3 o 4 test"</i>   |
| Clic Salud            | ClicSalud está conectado con DIRAYA. Recoge la información sobre las constantes vitales que se registran en el Módulo de Constantes, donde se generen herramientas para su registro en formularios específicos, favoreciendo el seguimiento de la evolución clínica de la persona.   | <i>"ClicSalud está pensado para mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales. Es el paciente el que posee la llave de su propia información, con lo cual, este puede ser un primer paso para compartir información con la oficina de farmacia"</i>   |
| Receta XXI            | Es un modelo de prescripción y dispensación de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública que se hace de forma electrónica. Cuando se hace la prescripción de un medicamento o producto sanitario a través de DIRAYA, los datos son grabados en un módulo específico para que puedan ser consultados por el personal de las oficinas de farmacia.  | <i>"La receta XXI nos aporta información sobre la farmacología. Tenemos la base de datos donde están los medicamentos que toma. Pero deberíamos tener un contacto más permanente. A lo mejor necesitaríamos mayor contacto con los profesionales, porque con los pacientes tenemos mayor contacto con los pacientes"</i>        |

**Tabla 4:** Sistemas de información disponibles de apoyo al nuevo modelo asistencial

**Requisitos básicos para el diseño**

Para cada uno de los nuevos servicios se establecieron la población objetivo, los criterios de inclusión y exclusión, las herramientas para el registro de datos y los algoritmos de decisión para la derivación o resolución en cada caso. Para la determinación de estos criterios se tuvieron en cuenta la evidencia científica, la viabilidad tecnológica y las implicaciones sobre las organizaciones involucradas en el proceso asistencial. Los criterios de actuación y circuitos de comunicación se llevaron a una guía para profesionales de farmacia comunitaria y atención primaria preparada para el inicio del estudio piloto.



Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

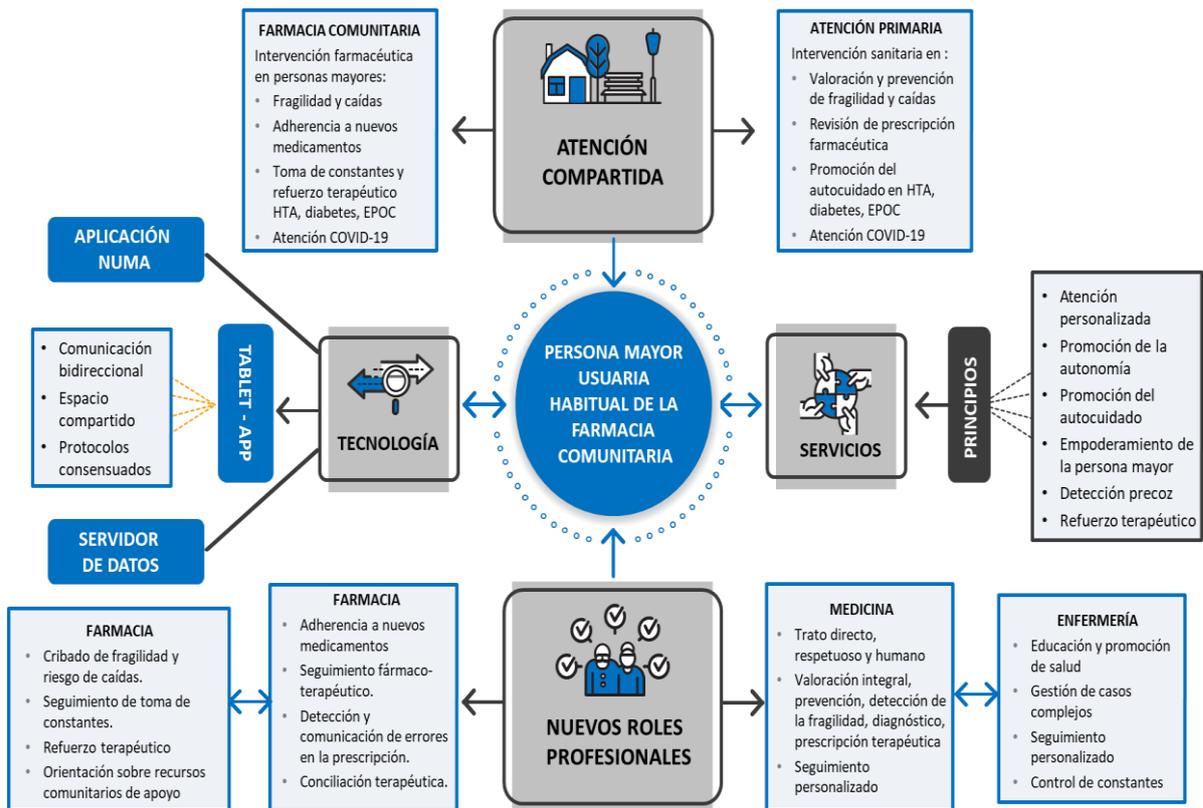


Figura 1: Modelo conceptual para el diseño del nuevo modelo asistencial NUMA

**Nuevos servicios de atención compartida**

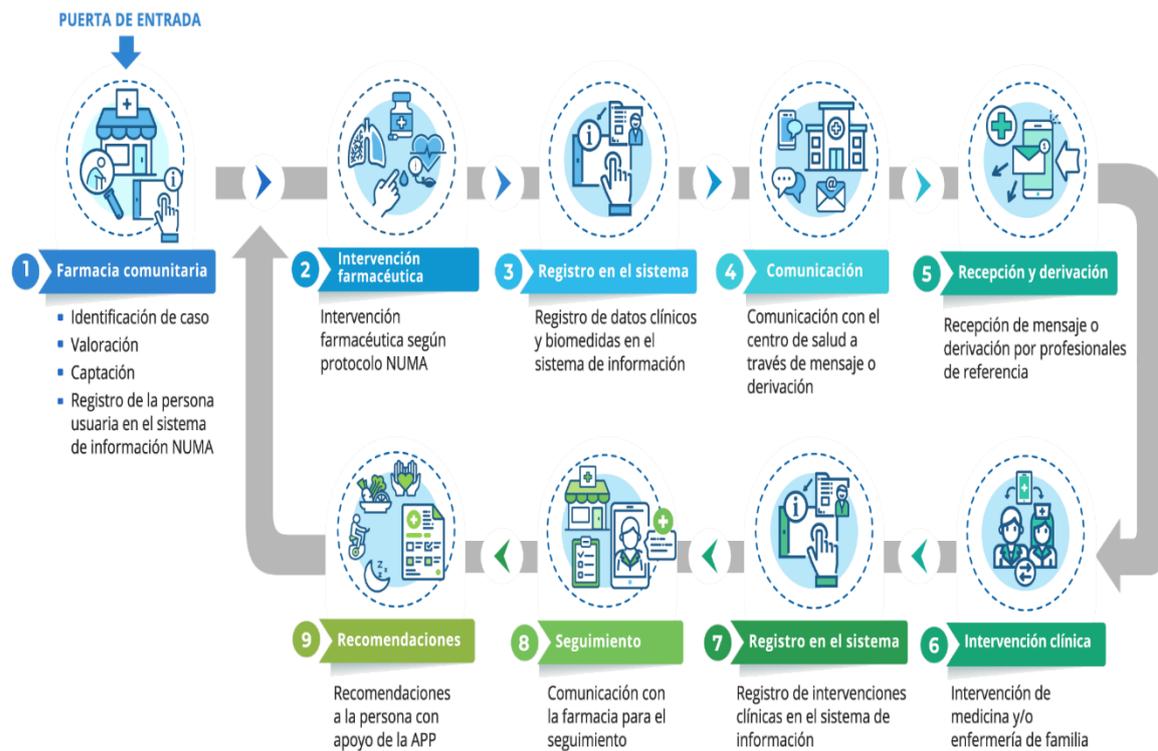
Se diseñaron circuitos comunes de comunicación y protocolos de actuación compartidos para los servicios de cribado de fragilidad y riesgo de caídas, adherencia a nuevos medicamentos, seguimiento de constantes y refuerzo terapéutico (Figura 2).



Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL



**Figura 2:** Servicios compartidos y sistemas de comunicación entre farmacia comunitaria y atención primaria

- 1. Cribado de fragilidad y riesgo de caídas.** Servicio de detección precoz de la fragilidad funcional para la intervención oportuna y efectiva en el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor<sup>11</sup>. Utiliza el Test de Velocidad de la Marcha<sup>12</sup> y el Cuestionario de Riesgo de Caídas<sup>13</sup>. Incluye la revisión de la medicación asociada al

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

riesgo de caídas en base a criterios Stopp y Start<sup>14,15</sup>, la educación terapéutica y la derivación al centro de salud.

2. **Adherencia a nuevos medicamentos.** Servicio de acompañamiento a la persona a la que se prescribe un nuevo medicamento. Incluye entrevistas de intervención y seguimiento que permiten detectar y tratar los problemas de la adherencia y resolver la situación mediante consenso con la persona. En este servicio se incluyeron grupos de medicamentos asociados a patologías crónicas con alta tasa de ingresos en urgencias como el asma, EPOC, hipertensión arterial, diabetes, anticoagulación y antiagregación.
3. **Toma de constantes y refuerzo terapéutico.** Servicio de seguimiento de tres patologías crónicas prevalentes: hipertensión<sup>16</sup>, diabetes<sup>17</sup> y enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>18</sup>. Se incluyó control del pulso y la tensión arterial (sistólica y diastólica); la hemoglobina glicosilada y el perímetro abdominal; la saturación de oxígeno y el CO en aire espirado. Se incluyeron también la toma de temperatura, altura, peso e índice de masa corporal. La actuación compartida en este servicio se orientó a la promoción de la autogestión de la condición crónica de salud, incidiendo en el refuerzo terapéutico y el autocuidado.

**El plan de gestión del cambio**

El plan de gestión del cambio identificó los principales cambios a incorporar al modelo asistencial vigente; los principales riesgos; y, los impactos potenciales.

Los principales cambios a incorporar en el modelo asistencial existente, se centraron en la comunicación bidireccional entre farmacia comunitaria y atención primaria, a través de la tecnología; el reconocimiento de las capacidades que la farmacia comunitaria aporta al sistema por su flexibilidad horaria y capilaridad; el importante cambio de cultura y de roles profesionales; y, la asunción del nuevo papel de la farmacia

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

**❖ ORIGINAL**

comunitaria en la promoción del autocuidado y la autogestión de la patología crónica y de la medicación por parte de las personas mayores.

Los principales riesgos se identificaron en la necesidad de un nuevo modelo retributivo más orientado a servicios que a dispensación de medicamentos; en la adopción gradual y progresiva del cambio cultural, a través de estrategias organizativas, de comunicación y de formación; en la incorporación de los nuevos servicios en el catálogo de prestaciones, del SSPA con la correspondiente asignación de recursos, plazos e indicadores de evaluación; y, en la acreditación de las competencias profesionales necesarias para desarrollar estos servicios desde la farmacia comunitaria.

Los impactos potenciales se identificaron en la mejora de la atención a personas con pluripatología y polimedicación; en la prevención de caídas; en la intervención oportuna frente al riesgo de fragilidad; en la mejora de la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios; en el refuerzo de los mensajes de educación y promoción de salud por varios agentes sanitarios; y en una mayor racionalización del sistema.

413

**La solución tecnológica**

El marco de actuación descrito puso de manifiesto la necesidad de contar con una solución integral que diera respuesta a la problemática detectada. Tras el análisis de los requisitos básicos de diseño, se optó por un sistema de información centralizado compuesto por dos redes de comunicación independientes. Por una parte, una red dedicada a la transmisión de las biomedidas tomadas a través de biosensores que garantizara la seguridad y la fiabilidad de la información transmitida. Por otra parte, una red destinada a la gestión de las personas usuarias y de la información compartida con el conjunto de profesionales de medicina, enfermería y farmacia, que proporcionara un acceso seguro a través de credenciales y certificados, con protocolos criptográficos. La seguridad de los procesos de comunicación entre ambas redes estaría garantizada

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

## ❖ ORIGINAL

gracias al uso de redes privadas virtuales (VPN) y el establecimiento de rutas predeterminadas para la transmisión de la información (MPLS).

Así mismo, la información almacenada y relacionada con las personas usuarias del sistema cumpliría con toda la normativa especificada en el Reglamento General de Protección de Datos y se encontraría pseudoanonimizada en un servidor independiente. Se diseñó además una interfaz de usuario que presentara a los equipos profesionales el set completo de soluciones de una forma unificada, intuitiva y sintetizada, con el objetivo de ofrecer un servicio integral y facilitar la adherencia a la herramienta.

De esta forma, la solución tecnológica integraría en un marco global a personas usuarias y profesionales dentro de una solución única y habilitaría un canal de comunicación directo entre todas ellas, garantizando el almacenamiento seguro y centralizado de la información y evitando la duplicidad de la misma.

La solución diseñada está preparada para ofrecer a los equipos profesionales una imagen más precisa de las personas usuarias al registrar periódicamente sus hábitos, consumos de parafarmacia, prescripciones de medicamentos a través de otros proveedores sanitarios, etc. Esta imagen de la persona usuaria se generará gracias a la interrelación “profesional de farmacia – persona usuaria” y “profesional de centro de salud – persona usuaria” lo que permitirá ofrecer un servicio más personalizado y de mayor calidad.

Finalmente, en el diseño de la solución tecnológica se incluyeron las variables relacionadas con el tiempo de dedicación de profesionales a cada una de las actividades previstas en los nuevos servicios, con el fin de poder estimar los costes y la efectividad del nuevo modelo frente al modelo asistencial actual. Para la selección de estas variables se utilizó el modelo de evaluación de tecnologías sanitarias de telemedicina MAST<sup>19</sup>, que cuenta incluye la evaluación de la seguridad de la información, la efectividad clínica de

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

la intervención, la perspectiva de la persona usuaria y los aspectos económicos, organizativos; sociales, culturales, éticos y legales del nuevo modelo asistencial.

**DISCUSIÓN**

Aunque existe ya un consenso sobre la efectividad de los servicios de atención farmacéutica<sup>20,21</sup>, el papel de la farmacia comunitaria en los procesos asistenciales no surgió de forma espontánea en el discurso de las personas mayores ni en el de profesionales de medicina o enfermería de atención primaria en la fase inicial del proyecto. Lo que sí reconocieron claramente todos los demás actores del proceso asistencial, fue el papel de la farmacia comunitaria en los servicios de dispensación de medicamentos y detección de errores en la prescripción farmacéutica. Cualquier otro tipo de contribución al proceso asistencial (cribado de fragilidad, toma de constantes, refuerzo terapéutico, educación para la salud, etc.) resulta menos evidente sin entrar en conflicto con las funciones asignadas a profesionales de medicina y enfermería de atención primaria<sup>22</sup>. En el discurso inicial, solo los titulares de farmacias comunitarias expresaban con nitidez los múltiples espacios de colaboración en donde veían su potencial de desarrollo.

Sin embargo, durante el proceso de diseño colaborativo que se llevó a cabo, la imagen de la farmacia comunitaria fue cambiando para los otros profesionales y para las propias personas mayores, reconociendo los beneficios de incorporar a este agente en distintos procesos asistenciales, tal y como han demostrado estudios previos<sup>23,24</sup>. Así mismo, se reconoció el rol que estudios recientes muestran de la farmacia comunitaria como agente de proximidad clave en la intervención en la crisis de salud pública provocada por el COVID-19<sup>9</sup>.

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

**❖ ORIGINAL**

En el diseño de los servicios que se presentan en este estudio se tuvo en cuenta el importante papel de la farmacia comunitaria en el manejo de dolencias menores, en la revisión de medicamentos y en los análisis de rutina. Se tuvieron en cuenta, además, las recomendaciones de estudios previos que indicaban que para reducir la variabilidad en la prestación y mejorar la calidad de estos servicios, las intervenciones debían ser específicas y se debía contar con sistemas compartidos, que permitieran el flujo bidireccional de la información entre atención primaria y farmacia comunitaria<sup>24</sup>.

Entre los servicios diseñados, la labor de asesoramiento para mejorar la adherencia a los medicamentos fue reconocida por las personas entrevistadas como una función clara de la farmacia comunitaria. Este servicio se diseñó pensando que podría dar respuesta a la necesidad de apoyo expresada por las personas mayores consultadas, relacionada con las dificultades que tienen cuando los medicamentos que toman cambian de nombre, forma y color. El diseño de este servicio responde también al incremento del riesgo de una dosificación inadecuada agravada por los regímenes de medicación complejos que pueden tener las personas mayores con pluripatología, según afirmaron los y las profesionales de atención primaria<sup>25</sup>. En momentos de crisis sanitaria como la actual provocada por la COVID-19, en donde la saturación del sistema sanitario y las medidas de prevención y control de la pandemia reducen drásticamente las posibilidades de las personas de acudir a los servicios de atención primaria, un servicio de estas características podría ser de gran interés.

De forma similar, el servicio de seguimiento de constantes y refuerzo terapéutico que ha demostrado sus beneficios en estudios previos<sup>26</sup>, podría ser un apoyo esencial para medicina y enfermería de atención primaria durante la pandemia. Lo que añade el diseño de este nuevo modelo de atención compartida, es el valor de la promoción del autocuidado y la autogestión de la patología crónica, a través de la solución tecnológica

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

que incorpora una aplicación móvil que favorece la comunicación entre profesionales y personas usuarias de los servicios. La farmacia comunitaria podría así consolidarse como un servicio de proximidad para el control de constantes, mientras promueve el empoderamiento de la persona mayor en la autogestión de su enfermedad. Respecto al refuerzo terapéutico, que incluye mensajes sobre alimentación, actividad física, seguridad en el entorno, prevención de alcohol y tabaco, gestión emocional, uso adecuado de medicamentos y cribados en función de la situación basal de la persona, el diseño de este servicio aporta un sistema de alertas y derivaciones para favorecer su autonomía y el seguimiento en atención primaria. El servicio diseñado va un paso más allá, ya que no sólo permite el seguimiento de la toma de constantes, sino que además favorece la comunicación entre los diferentes actores implicados utilizando una solución tecnológica unificada que garantiza la trazabilidad de las medidas validadas por profesionales farmacéuticos.

417

El servicio de cribado de fragilidad y riesgo de caídas se diseñó como apoyo al Programa Examen de Salud para Mayores de 65 años para favorecer la derivación precoz a atención primaria para una intervención compartida y más efectiva<sup>27</sup>. Lo que este estudio aporta es el diseño de un nuevo servicio con una metodología colaborativa que puede favorecer su implantación y aceptación por parte de las personas destinatarias.

**CONCLUSIONES**

La principal contribución de este estudio es la generación de un nuevo modelo asistencial que promueve el empoderamiento de las personas mayores para el autocuidado y establece un canal de comunicación bidireccional efectivo entre farmacia comunitaria y atención primaria; contribuye a la detección precoz de situaciones de

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

❖ ORIGINAL

riesgo y a una intervención preventiva<sup>28</sup>; y, es especialmente útil en la crisis del COVID-19 para el autocuidado y la autogestión de la enfermedad y la medicación. Además, se ha utilizado una metodología participativa para el diseño de los servicios permitiendo a personas mayores y profesionales ajustar las características de cada servicio. La construcción colaborativa de los servicios puede favorecer su posterior adopción y su sostenibilidad en el tiempo<sup>29</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and causespecific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*. (2018) 392:2052–90. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5
2. Gutiérrez M, Aldaz P, Lacalle E, Contreras B, Cedeno B, Martínez N. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. *Medicina Clínica*. 2019; 153 (4): 141-150. DOI: 10.1016/j.medcli.2018.12.013
3. Chen T.F., Nishtala P.S. (2019) Pharmaceutical Care in Australia and New Zealand. In: Alves da Costa F., van Mil J., Alvarez-Risco A. (eds) *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*. Springer, Cham. <https://www.springer.com/gp/book/9783319925752>
4. Spence MM, Makarem AF, Reyes SL, Rosa IL, Bguyen C, Oyekan EA et al. Evaluation of an outpatient pharmacy services program on adherence and clinical outcomes among patients with diabetes and/or coronary artery disease. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(10):1036-1045. DOI: 10.18553/jmcp.2014.20.10.1036
5. Gastelurrutia MA, Fernández F, Benrimoj Sh, Castrillon C, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria*. 2007;39(9):465-72. DOI: 10.1157/13109494
6. Gastelurrutia MA. El rol de la farmacia comunitaria en salud pública. El caso del farmacéutico ante las toxicomanías. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(2): 78-83. <https://www.farmacéuticoscomunitarios.org/es/journal-article/rol-farmacia-comunitaria-salud-publica>

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

## ❖ ORIGINAL

7. Ilardo ML, Speciale A. The Community Pharmacist: Perceived Barriers and Patient-Centered Care Communication. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):536. Published 2020 Jan 15. DOI:10.3390/ijerph17020536
8. Latif A, Pllock K, Boardman HF. The contribution of the Medicines Use Review (MUR) consultation to counseling practice in community pharmacies. *Patient Educ Couns*. 2011; 83: 336-344.
9. Cadogan AC, Hughes CM. On the frontline against COVID-19: Community pharmacists' contribution during public health crisis. *Research in Social Administrative Pharmacy*. In press. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.015>
10. Padial M, Pinzón S, Navarro B, San Juan P, Ruiz J, Espinosa JM. Implantación efectiva de la Cuádruple Hélice basada en el Modelo de Innovación en envejecimiento activo. *Gac Sanit*. 2019;33(5):491-494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.003>
11. Bernabeu M, Díez J, Nieto D, Ramírez N, Ollero M. Simplificación de la escala de Barthel para el cribado de fragilidad y dependencia severa en pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp*. 2019;219(8): 433-439. DOI: 10.1016/j.rce.2019.04.005
12. Varela L, Ortíz PJ, Chávez H. Velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima, Perú. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(1):22-25. DOI:10.1016/j.regg.2009.07.011
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls: assessment and prevention of falls in older people. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013. PMID: 25506960
14. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44 (5): 273-9. DOI: 10.1016/j.regg.2009.03.017
15. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2 [published correction appears in *Age Ageing*. 2018 May 1;47(3):489]. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-218. DOI:10.1093/ageing/afu145
16. Millán J, de la Figuera M, Rodríguez M, Orera ML, Labrador E, Lería M. Práctica clínica en el manejo de la hipertensión y la diabetes en atención primaria: estudio ATENCION. *Semergen*. 2017;43(3): 196-206. DOI: 10.1016/j.semerg.2016.04.024
17. Olry A, Bermúdez C, Pastor G, Bolívar J, Ruiz I, Johri M et al. Effectiveness of an intervention to improve diabetes self-management on clinical outcomes in patients with low educational level. *Gac Sanit*. 2017;31(1): 40-47. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.05.017
18. Palacios L, López MA, Fernández I. Guía para el abordaje de los cuidados a personas con EPOC en atención primaria en el SSPA. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2017. <https://www.picuida.es/guia-abordaje-los-cuidados-personas-epoc-atencion-primaria-sspa/>

**Más allá del COVID-19. Diseño de un nuevo modelo de atención compartida entre farmacia comunitaria y atención primaria.**

Pinzón Pulido S, Ferrer López I, Cáceres Fernández-Bolaños R, Hidalgo Fort E, Escudero Espinosa C, Navarro Matillas B, Rodríguez Gómez S, López Narbona J, Grupo NUMA.

## ❖ ORIGINAL

19. Kidholm K, Jensen LK, Kjølhede T, Nielsen E, Horup MB. Validity of the Model for Assessment of Telemedicine: A Delphi study. *J Telemed Telecare*. 2018; 24(2): 118–125. DOI: 10.1177/1357633X16686553
20. Sáez L, Fernández F, Feletto E, Gastelurrutia MA, Martínez F. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age and Ageing*. 2013; 42: 442–449. DOI: 10.1093/ageing/aft045
21. García I, Carballeira JD. Detección de duplicidades terapéuticas en farmacia comunitaria: Importancia del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes atendidos por varios especialistas. Posibles mejoras. *Pharm Care Esp*. 2018; 20(4): 313-321. <https://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/452>
22. Sanfélix G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):41-45. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.09.015
23. Gastelurrutia MA, Larrañaga B, Garay A, Echeveste FA. Intervención desde la farmacia comunitaria a pacientes atendidos en los servicios de ayuda domiciliar municipal. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2010; 2(1): 15-20. <https://www.farmacéuticoscomunitarios.org/es/journal-article/intervencion-desde-farmacia-comunitaria-pacientes-atendidos-los-servicios-ayuda>
24. Hindi AMK, Schafheutle EI, Jacobs S. Community pharmacy integration within the primary care pathway for people with long-term conditions: a focus group study of patients', pharmacists' and GPs' experiences and expectations. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):26. DOI:10.1186/s12875-019-0912-0
25. Abaurre R, García P, Maurandi MD, Arrebola C, Gastelurrutia MA, Martínez F. Diseño y pilotaje de un proceso estructurado para el servicio de dispensación de medicamentos. *Aten Primaria*. 2015;47(1):7-14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.005>
26. Andrés NF, Fornos JA, Mera I, Iracheta M, Tous S, Molinero A. Campaña de medida de la presión arterial (May Measurement Month) en 2017: análisis del cribado en farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2019;11(2):5-13. DOI: 10.5672/FC.2173-9218. (2019/Vol11).002.02
27. Casas A, Izquierdo M. Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *An. Syst. Sanit. Nabar*. 2012; 35 (1): 69-85. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100007>
28. Castrillón C, García V, Martínez F, Benrimoj Sh, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm*. 2015; 37:931–940. DOI: 10.1007/s11096-015-0145-9
29. Pinzón S, Padial M, López L, Navarro B, San Juan P, Espinosa JM, Ruiz J, Garrido F. Creation process of the digital platform to Foster healthy and active aging: enbuenaedad. *Frontiers in Public Health*. 2010;7. DOI=10.3389/fpubh.2019.00022

## ❖ ORIGINAL

## Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

### Risks of chronic acetylsalicylic acid use: a comparison between primary vs. secondary prevention of cardiovascular disease prescriptions.

Martínez López LA<sup>1</sup>, García García C<sup>1</sup>, Lara Tejedor JM<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Farmacéutico Comunitario en Tiriez, Albacete, España.

<sup>2</sup>Farmacéutico Comunitario en Albacete, Albacete, España.

**Conflicto de Intereses/Competing Interest:** Ninguno que declarar

#### ABREVIATURAS

421

**AAS:** Ácido acetilsalicílico.  
**ECV:** Enfermedades cardiovasculares.  
**PP:** Prevención primaria.  
**PS:** Prevención secundaria.  
**RCV:** Riesgo cardiovascular.  
**AINE:** Antiinflamatorios no esteroideos.  
**ISRS/ISRN:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / noradrenalina.  
**IBP:** Inhibidores de la bomba de protones.  
**PRMs:** Problemas relacionados con los medicamentos.

***Parte de este trabajo fue presentado en formato poster en el VIII Congreso Nacional De Farmacéuticos Comunitarios en Alicante (2018).***

Fecha de recepción: 29/08/2020 Fecha de aceptación: 2/12/2020

Correspondencia: Luis A Martínez López

Correo electrónico: luisantoniomartinez@redfarma.org

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

## RESUMEN

**Introducción:** El ácido acetilsalicílico (AAS) es el antiagregante de elección en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular. Sus beneficios en prevención secundaria (PS) han sido claramente demostrados, pero existe controversia en su uso en prevención primaria (PP): los riesgos de sufrir eventos adversos, principalmente hemorragias, pueden superar a los beneficios potenciales del tratamiento. El farmacéutico dispone de las herramientas apropiadas para la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) tanto en PP como en PS.

**Objetivos:** Estimar la proporción de PP vs. PS en tratamientos con AAS. Evaluar el riesgo hemorrágico y otros PRMs en ambos casos.

**Métodos:** Estudio observacional y transversal en dos farmacias comunitarias. Se registraron las prescripciones de AAS, variables demográficas y farmacoterapéuticas del paciente. Cada prescripción se asignó a PP o PS según la existencia de enfermedad cardiovascular (ECV) previa. Los PRMs se evaluaron con BOT Plus Web®.

**Resultados:** 82 dispensaciones de AAS válidas, 47 (57%) correspondían a PP y 35 (43%) a PS. Se encontró asociación estadística entre las variables PP y diabetes. Se detectaron 67 PRMs de los que el 80% (53) suponían un aumento del riesgo hemorrágico. No se apreciaron diferencias significativas para el aumento de riesgo hemorrágico entre PP o PS.

**Conclusiones:** Encontramos mayor prevalencia de prescripción para el tratamiento crónico con AAS en PP que en PS.

Observamos asociación entre PP y diabetes y entre PS y total de PRMs. No se encuentra asociación entre el aumento de riesgo hemorrágico y PP o PS.

**Palabras clave.** *Ácido acetilsalicílico; prevención primaria; prevención secundaria.*

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

## ABSTRACT

**Introduction:** Acetyl salicylic acid (AAS) is the antiplatelet drug of choice for long-term treatment of cardiovascular disease. The benefits in secondary prevention (SP) have been thoroughly demonstrated, although it remains unclear whether these benefits may be offset by bleeding complications in primary prevention (PP). Community pharmacist can detect and solve drug related problems (DRPs) involving both SP and PP treatments.

**Objectives:** To assess PP vs. SP prescription ratio for AAS. To evaluate and analyze DRPs, specially bleeding risk, in both cases.

**Methods:** It was carried out an observational and cross-sectional study in two community pharmacies. Demographic and therapeutical variables were recorded for each AAS treatment. Prescriptions were assigned to PP or PS group on the basis of previous cardiovascular disease record. DRPs were evaluated using BOT Plus web®.

**Results:** 82 AAS treatments were recorded. 47 (57%) were PP and 35 (43%) PS. Statistically significant association between PP and diabetes was found. 67 DRPs were recorded, 53 (80%) being related with a higher bleeding risk. As far as bleeding risk is concerned, there was no statistically significant difference between PP and SP in our data.

**Conclusions:** Long-term treatments with AAS were mainly PP. We found statistically significant association between PP and diabetes and between SP and total DRPs. Nevertheless, no statistically significant differences for bleeding risk between PP and SP were found.

**Key words.** *Acetyl salicylic acid; primary prevention; secondary prevention.*

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

## INTRODUCCIÓN

El ácido acetilsalicílico (AAS) es el antiagregante de elección en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Su actividad farmacológica se basa en la inhibición irreversible de la ciclooxigenasa 1 y el bloqueo de la síntesis de tromboxano A2. El efecto antiagregante se produce a dosis superiores a 30 mg<sup>1</sup>, aunque la más prescrita en nuestro país es la de 100 mg. Habitualmente, antes de instaurar una terapia antiagregante se recomienda la valoración individual del paciente. Se realiza atendiendo a sus antecedentes y al riesgo cardiovascular (RCV) calculado a 10 años, cuya evolución se monitoriza a través de controles periódicos. Su uso en pacientes con antecedentes de ECV (prevención secundaria, PS) está ampliamente aceptado y documentado, pero existe mucha controversia en cuanto a su empleo en prevención primaria (PP). El motivo es que el balance entre beneficios y riesgos del tratamiento es muy ajustado, en especial en pacientes con RCV bajo. Los beneficios del tratamiento crónico con AAS en PP tienen su factor limitante en el incremento del riesgo de sangrado, especialmente en el tracto digestivo. Se sabe que dosis bajas de AAS, por sí solas, incrementan el riesgo de hemorragia digestiva<sup>2</sup>. Además, existen otros factores que pueden aumentar la probabilidad de sufrir complicaciones gastrointestinales: antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica, terapia combinada con otros antiagregantes o anticoagulantes y el uso concomitante de fármacos gastrolesivos (antiinflamatorios no esteroideos incluidos coxibs<sup>3</sup>, AINEs, corticoides e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina / noradrenalina, ISRS/ISRN, principalmente). Todos ellos incrementan el cociente riesgo/beneficio del tratamiento, mientras que los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) lo disminuyen<sup>4</sup>. Por todos estos motivos, las recomendaciones de distintas autoridades y organismos plasmadas en sus guías terapéuticas no son totalmente homogéneas ni en su contenido ni en sus estrategias<sup>5-7</sup>.

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

Mediante servicios como la dispensación y la revisión de las prescripciones del paciente, el farmacéutico dispone de información relevante para valorar este extremo. Por una parte, el formato de prescripción electrónica permite la revisión y detección inmediata de problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) y su registro de un modo ágil. Por otra, aunque la PP de ECV no se encuentra entre las indicaciones aprobadas en España para algunas de las especialidades que contienen AAS, durante la dispensación es posible discriminar si la prescripción obedece a la existencia de ECV previa o tiene como origen un RCV elevado.

Los objetivos del presente trabajo son:

- Obtener una estimación de la proporción PP vs. PS para pacientes en tratamiento crónico con AAS en nuestra práctica diaria.
- Evaluar el riesgo hemorrágico y otros PRMs detectados en ambos supuestos.

**MÉTODOS**

425

Estudio observacional y transversal realizado del 22 de enero al 11 de febrero de 2018 en dos farmacias comunitarias. El criterio de inclusión de los pacientes fue solicitar la dispensación de una prescripción oficial de AAS durante el periodo del estudio. Quedaron excluidas las dispensaciones solicitadas indirectamente por cuidadores o familiares y las dispensaciones de prescripciones no electrónicas. Los registros se realizaron de manera anónima, evitando incorporar información que permitiese la identificación del paciente.

Para cada dispensación, se registraron las siguientes variables:

- a) variables demográficas del paciente. Sexo y edad.
- b) variables farmacoterapéuticas del paciente. Diagnóstico de asma, diabetes, tratamientos concomitantes con metotrexato o digoxina, número de problemas de

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

salud y número de medicamentos. Las variables directamente relacionadas con el riesgo hemorrágico fueron: diagnóstico de anemia, criterio de indicación de IBP, prescripción de IBP, tratamientos simultáneos con otros antiagregantes, anticoagulantes y fármacos gastrolesivos.

La prescripción de AAS se asignó como perteneciente al grupo PP o PS en función de si el paciente manifestaba, a pregunta del farmacéutico durante la dispensación, haber padecido ECV previa. Este extremo se corroboraba a través de la revisión de las prescripciones electrónicas activas. Los diagnósticos de asma, diabetes y anemia se basaron en la existencia de tratamiento activo para dichas patologías para cada paciente. Se consideraron fármacos gastrolesivos: AINEs, corticoides orales e ISRS/ISRN. Se consideró que existía indicación de IBP según los criterios disponibles en las guías terapéuticas consultadas<sup>8</sup>.

Para evaluar el riesgo de aparición de PRM se recurrió a las alertas emitidas por la aplicación BOT Plus Web<sup>9</sup> así como a las guías farmacoterapéuticas, fichas técnicas y casos clínicos más relevantes encontrados durante la revisión bibliográfica.

El análisis estadístico de la base de datos conformada por los registros se efectuó con SPSS 22.0. Las variables cualitativas se describieron con porcentajes y las cuantitativas como medias  $\pm$  desviación estándar (DE). Se consideró que existía significación estadística para los casos en los que  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS**

De un total de 87 dispensaciones registradas de AAS, 82 fueron válidas según los criterios de inclusión/exclusión detallados en Métodos. Excepto una de ellas, correspondiente a una dosis de 300 mg (adiro<sup>®</sup> 300), todas se correspondían con una dosis de 100 mg (adiro<sup>®</sup> 100 n=78, trinomia<sup>®</sup> 100/20/5 n=2, trinomia<sup>®</sup> 100/40/5 n=1).

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

No se recibieron prescripciones de ninguna otra especialidad farmacéutica que contuviese AAS durante el periodo de duración del estudio.

La media de edad de los pacientes fue 72.0 (DE 13.3), comprendida en un rango entre 40 y 97 años. La muestra estuvo formada mayoritariamente por hombres. Por lo que hace referencia a la edad, un elevado porcentaje (próximo al 80%) de individuos fueron mayores de 60 años. El 87% (71) de los pacientes resultaron ser polimedicados (5 medicamentos o más). Tras la dispensación y la revisión de las prescripciones, asignamos el 57% (47) de ellas a tratamientos PP y el 43% (35) a PS. La Tabla 1 resume algunas características de la muestra con los datos tabulados para el total de individuos y diferenciando entre PP y PS.

| Variable. n (%)                           | Total 82 (100) | PP 47 (57)  | PS 35 (43)  |     |
|---|----------------|-------------|-------------|-----|
| <b>Edad. Media (DE)</b>                   | 72.0 (13.3)    | 72.6 (13.5) | 71,0 (13,1) |     |
| 18 – 60. n (%)                            | 16 (20)        | 8 (17)      | 8 (23)      | 427 |
| >60. n (%)                                | 66 (80)        | 39 (83)     | 27 (77)     |     |
| <b>Sexo</b>                               |                |             |             |     |
| Mujeres. n (%)                            | 34 (41)        | 21 (45)     | 13 (37)     |     |
| Hombres. n (%)                            | 48 (59)        | 26 (55)     | 22 (63)     |     |
| <b>Grupos de interés. n (%)</b>           |                |             |             |     |
| >60 años                                  | 66 (80)        | 39 (62)     | 27 (41)     |     |
| Asma                                      | 12 (15)        | 2 (17)      | 10 (83)     |     |
| Anemia                                    | 8 (10)         | 4 (50)      | 4 (50)      |     |
| Diabetes                                  | 41 (50)        | 28 (68)     | 13 (32)     |     |
| HTA                                       | 45 (55)        | 23 (51)     | 22 (49)     |     |
| Dislipemia                                | 42 (51)        | 23 (55)     | 19 (45)     |     |
| <b>N.º Medicamentos. Media (DE)</b>       | 7,9 (3,6)      | 7,3 (3,4)   | 8,9 (3,8)   |     |
| <b>N.º Problemas de salud. Media (DE)</b> | 4,4 (2,0)      | 4,1 (1,9)   | 4,7 (2,0)   |     |

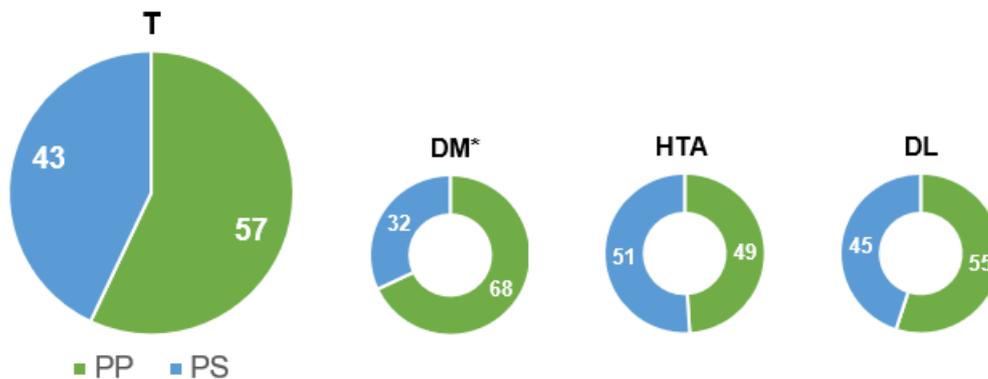
**Tabla1:** Variables demográficas y clínicas de la muestra tabuladas en función del tipo de tratamiento: prevención primaria (PP) o prevención secundaria (PS).

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

La Figura 1 muestra la distribución de los tratamientos en función de algunos de los factores de RCV registrados. Se encontró asociación estadística para el caso de diabetes y PP ( $p < 0.05$ ). No se vieron diferencias para el resto de las variables estudiadas.



T: total de la muestra. DM: pacientes diabéticos. HTA: pacientes hipertensos. DL: pacientes con dislipemia. \*  $p < 0.05$ .

**Figura 1:** Porcentajes de prescripciones registradas para PP vs. PS y algunos factores de RCV.

El total de PRMs documentados ascendió a 67 y afectaron a un total de 47 pacientes (57%). 24 PRMs (36%) correspondieron a pacientes que tomaban AAS como PP y 43 PRMs (64%) como PS. Encontramos asociación entre total de PRMs y PS ( $p < 0,05$ ). Los datos se encuentran resumidos en la Tabla 2.

Atendiendo únicamente al riesgo hemorrágico, cerca del 80% (53) del total de PRMs están relacionados con el aumento del riesgo de sangrado por tratamiento concomitante con fármacos gastrolesivos y afectan a un total de 38 pacientes. Se registraron 18 tratamientos en los cuales AAS estaba asociado a AINE, 2 a corticoide oral, 13 a ISRS/ISRN, 7 casos a sales de hierro, 7 a anticoagulantes y 6 a otros

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

antiagregantes. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para el aumento de riesgo hemorrágico entre los tratamientos catalogados como PP o PS.

La prescripción de un IBP estaba indicada en el 80% (73) de los pacientes y prescrita solo en el 65% (53), mayoritariamente omeprazol. Se observó asociación entre PS y prescripción de IBP ( $p < 0.05$ ).

|                           | PP n (%)       | PS n (%)       | TOTAL n (%)     |
|---------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| <b>Riesgo de PRM</b>      | <b>24 (36)</b> | <b>43 (64)</b> | <b>67 (100)</b> |
| <b>Contraindicaciones</b> | <b>2</b>       | <b>10</b>      | <b>12 (18)</b>  |
| Asma                      | 2              | 10             |                 |
| <b>Interacciones</b>      | <b>-</b>       | <b>2</b>       | <b>2 (3)</b>    |
| Digoxina                  | -              | 2              |                 |
| <b>Riesgo de sangrado</b> | <b>22</b>      | <b>31</b>      | <b>53 (79)</b>  |
| <b>AINEs</b>              | <b>11 (50)</b> | <b>7 (23)</b>  |                 |
| Metamizol                 | 7              | 3              |                 |
| Dexketoprofeno            | 2              | 2              |                 |
| Ibuprofeno                | 2              | 1              |                 |
| Diclofenaco               | -              | 1              |                 |
| <b>Corticoide oral</b>    | <b>1 (5)</b>   | <b>1 (3)</b>   |                 |
| Prednisona                | 1              | 1              |                 |
| <b>ISRS</b>               | <b>4 (18)</b>  | <b>9 (29)</b>  |                 |
| Duloxetina                | 1              | 3              |                 |
| Trazodona                 | 1              | 1              |                 |
| Paroxetina                | -              | 1              |                 |
| Sertralina                | 1              | 4              |                 |
| Venlafaxina               | 1              | -              |                 |
| <b>Antiagregante</b>      | <b>- (-)</b>   | <b>6 (19)</b>  |                 |
| Clopidogrel               | -              | 6              |                 |
| <b>Anticoagulante</b>     | <b>2 (9)</b>   | <b>5(16)</b>   |                 |
| Acenocumarol              | 2              | 4              |                 |
| Rivaroxabán               | -              | 1              |                 |
| <b>Hierro</b>             | <b>4 (18)</b>  | <b>3 (10)</b>  |                 |
| Sulfato ferroso           | 3              | 2              |                 |
| Hierro proteínsuccinilato | 1              | -              |                 |
| Ferroglicina sulfato      | -              | 1              |                 |

**Tabla 2:** Riesgos de PRM y su desglose en función del tipo de tratamiento con AAS

Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

Tres pacientes fueron derivados al médico de atención primaria para revisar sus tratamientos. Uno de ellos tenía prescrito AAS como PP sin factores de RCV que lo justificase. Los otros presentaban una prescripción de AAS, que tomaban como PS, junto con otro tratamiento activo con anticoagulantes o antiagregantes y una sal de hierro. Los datos de las intervenciones se resumen en la Tabla 3.

| Intervención | Tratamiento | Principio activo       | Criterios de derivación  | Objetivo                                     | Propuesta                     | Resultado                                   |
|--------------|-------------|------------------------|--|--|-------------------------------|---|
| 1            | PP          | -                      | Medicamento no necesario   | Evaluar necesidad tratamiento AAS            | Retirada del tratamiento      | Desconocido                                 |
| 2            | PS          | Rivaroxabán (Xarelto®) | Tratamiento antianémico / incremento del riesgo de hemorragia por aditividad de efectos farmacológicos | Evaluar el incremento del riesgo hemorrágico | Valorar tratamiento combinado | Retirada de AAS                             |
| 3            | PS          | Clopidogrel (EFG)      | Tratamiento antianémico / incremento del riesgo de hemorragia por aditividad de efectos farmacológicos | Evaluar el incremento del riesgo hemorrágico | Valorar doble antiagregación  | Tratamiento doble antiagregación confirmado |

**Tabla 3:** Esquema de intervención con los pacientes seleccionados

**DISCUSIÓN**

La mayor parte de los pacientes de nuestra muestra tienen prescrita una especialidad que contiene AAS como PP (57%). Los datos relativos a la dispensación de medicamentos en las farmacias españolas referidos a 2018<sup>10</sup>, Adiro® figura en tercer lugar con 13,1 millones de unidades dispensadas. Además, se ha visto que la prescripción de AAS en PP en población española tiene una prevalencia de uno de cada tres pacientes mayores de



**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

70 años con factores de RCV asociados<sup>11</sup>, lo que sugiere que se trata de una práctica habitual en determinadas circunstancias.

La prescripción de AAS como PP de ECV es bastante controvertida y la evidencia disponible es diversa: mientras que las guías de práctica clínica norteamericanas recomiendan el empleo de AAS en adultos con elevado RCV sin ECV previa, las europeas no lo contemplan para ningún grupo de población<sup>5-7</sup>. Los ensayos clínicos recientes de mayor importancia apuntan también en la dirección de que los riesgos observados no compensan los beneficios obtenidos en PP tanto en el caso de adultos mayores<sup>12-13</sup> (ASPREE), de diabéticos<sup>14</sup> (ASCEND) y de individuos con RCV moderado<sup>15</sup> (ARRIVE), tres de los grupos de especial riesgo. La clave reside en que en el caso de la PP el equilibrio entre los riesgos y los beneficios del tratamiento es muy estrecho y no siempre fácil de evaluar. El posicionamiento actual del AAS en PP establece su empleo en individuos con RCV alto o muy alto a 10 años, con determinadas consideraciones adicionales relativas a la edad, riesgo de sangrado y farmacoterapia de los pacientes<sup>16</sup>.

Atendiendo a los criterios STOPP/START de prescripción inapropiada de medicamentos en pacientes mayores<sup>17</sup> la prescripción de AAS como PP podría considerarse como inadecuada. De hecho, se ha constatado que la PP con AAS aparece entre las prescripciones potencialmente inadecuadas más frecuentes en España<sup>18</sup>. Recientemente, el ítem que hacía referencia a la PP con AAS fue eliminado en su última versión<sup>19</sup>, lo que contribuye al debate acerca de su conveniencia.

Parece claro que, de acuerdo con lo anterior, sería necesario la valoración individual del RCV en cada caso en base a la experiencia acumulada valorando riesgos que conlleva el tratamiento con AAS como PP frente a sus beneficios. Algunas consideraciones que convendría sopesar al tomar esta decisión son las secuelas que puede acarrear un evento hemorrágico, valorar qué factores de RCV presenta el paciente y si se pueden

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

disminuir con un tratamiento alternativo a la antiagregación (reducción de los niveles de colesterol, glucosa o tensión arterial) y la existencia de otros tratamientos antiagregantes alternativos.

Tanto el status diabético como la edad se asocian, por sí mismas, con una elevación del RCV. En este sentido, destaca que la PP en pacientes diabéticos de nuestra muestra supone cerca del 60% (28) del total de los tratamientos estudiados. Otro tanto sucede en el caso de HTA y/o dislipemia, lo que confirma la práctica de PP en pacientes que presentan varios factores de riesgo cardiovascular en nuestra muestra. Además, en el caso de diabéticos encontramos diferencias estadísticas entre los tratamientos como PP y PS. Esto puede indicar que la diabetes es uno de los factores de RCV que más influyen en la decisión de instaurar un tratamiento con AAS como PP. La elevada prevalencia de diabetes en nuestro país y el hecho de que se ha estimado que el 21% de los pacientes diabéticos toman AAS como PP<sup>20</sup> pueden explicar la alta proporción de estos tratamientos. Además, HTA y dislipemia son también factores de RCV muy prevalentes en nuestro entorno y, pese a no haber encontrado diferencias significativas en nuestra población, podrían ser el motivo para la indicación de AAS como PP (Tabla 1) en los casos de pacientes que presenten un RCV más elevado<sup>11</sup>.

En el caso de pacientes mayores, es frecuente la presencia de una o más patologías crónicas y tratamientos farmacológicos asociados que deben ser tenidos en consideración ya que aumentan la posibilidad de que aparezcan PRMs. El número de PRMs que hemos detectado es relativamente elevado e implicaba al 57% de los pacientes. Un porcentaje relevante de ellos están relacionados con el aumento del riesgo de hemorragia por tratamientos con un segundo AINE, con antidepresivos ISRS/ISRN, con anticoagulantes o con otros antiagregantes.

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

La valoración de la indicación de un segundo AINE y/o de su tipo para cada paciente parece asumible, pudiéndose optar por un principio activo alternativo a criterio del prescriptor. En el caso de los antidepresivos y otros antiagregantes o anticoagulantes, la modificación de los tratamientos puede resultar más compleja. Por este motivo está indicada la prescripción de un IBP para disminuir el riesgo hemorrágico. Por una parte, del estudio de nuestra muestra se extrae la conclusión de que uno de cada tres pacientes para los que la prescripción de un IBP está indicada no lo tienen prescrito, por lo que el margen de reducción del riesgo hemorrágico por esta vía parece interesante, especialmente en el caso de tratamientos de PP. Sin embargo, la adición de un nuevo fármaco podría también incrementar la aparición de PRMs. Pese a que los IBPs son fármacos con un buen perfil de seguridad, son conocidas sus interacciones con principios activos como acenocumarol y clopidogrel, que podrían contribuir a desplazar la relación riesgo / beneficio a valores desfavorables<sup>21</sup>. Además, recibir un IBP podría llevar a otros PRMs no directamente relacionadas con la antiagregación, como la disminución de la absorción de vitamina B12 o de hierro.

Otro punto que destacar de los resultados de nuestro estudio es que en los PRMs encontramos 12 tratamientos con AAS en pacientes con tratamiento para el asma, asociación contraindicada en ficha técnica. Esta contraindicación, que se presenta mayoritariamente en el caso de tratamientos como PS, parece la responsable de la asociación que se observa entre la existencia de PRMs y los tratamientos como PS (Tabla 2). Pese a que el problema no se relaciona directamente con el riesgo de sangrado, estos pacientes serían candidatos para que el médico prescriptor valorase la idoneidad del tratamiento en su conjunto. Dentro del ámbito de la farmacia comunitaria se podría plantear su seguimiento farmacoterapéutico personalizado como medida de control.

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

Teniendo en consideración exclusivamente los PRMs relacionados con el incremento de riesgo de sangrado, no hemos encontrado asociación entre ninguna de las variables estudiadas al diferenciar entre tratamientos de PP y de PS. Esto concuerda con el hecho de que la relación riesgo / beneficio favorable para empleo de AAS en PS se deba más al elevado RCV de estos pacientes que a diferencias en el riesgo hemorrágico.

El diseño del trabajo no contemplaba la intervención farmacéutica con los pacientes, aunque nos ha permitido identificar candidatos que podrían beneficiarse de un estudio más detallado y ofertarles su inclusión en algún servicio farmacéutico asistencial.

Dos pacientes fueron derivados al médico de atención primaria por particularidades de su farmacoterapia, que hacían sospechar la posibilidad de que presentasen pérdidas hemorrágicas crónicas. El criterio de intervención fue la prescripción conjunta de AAS, un antiagregante / anticoagulante y un tratamiento para anemia ferropénica (uno de cuyos orígenes son pequeñas pérdidas gastrointestinales). El *feed back* obtenido tras las intervenciones ha contribuido al ajuste de sus tratamientos y, por consiguiente, a la disminución del riesgo de sangrado que inicialmente habíamos detectado (Tabla 3).

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es que se ha realizado solamente en dos farmacias comunitarias y durante un corto periodo de tiempo. Esto lleva a una segunda limitación: el pequeño tamaño muestral con el que hemos trabajado. Pese a ello, los resultados obtenidos concuerdan con lo descrito en la literatura, lo que permite una discusión apropiada de los mismos.

En cuanto a posibles sesgos, reiterar que la inclusión de los pacientes en el grupo de PP o PS la asigna el farmacéutico según manifiesta el propio paciente durante la dispensación. Si bien es cierto que también se valoran las prescripciones electrónicas activas, no es posible realizar una asignación totalmente objetiva sin gozar de acceso a la historia clínica del paciente. Además, no se ha considerado ninguna corrección que

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

contemple la naturaleza del entorno de las farmacias participantes (rural o urbano) y que podría tener influencia en algunas de las variables de la población objeto del estudio.

**CONCLUSIONES**

A pesar de lo controvertido que resulta la prescripción de antiagregantes sin que exista ECV establecida, en nuestra muestra encontramos mayor número de pacientes tratados de manera crónica con AAS como PP que como PS. El principal PRM del tratamiento con AAS es el incremento del riesgo de sangrado. No se han encontrado diferencias significativas al respecto entre PP y PS. Se ha visto asociación entre PS y el número total de PRMs, probablemente consecuencia de la polimedición y pluripatología.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Patrono C, et al. Low-Dose Aspirin for the Prevention of Atherothrombosis. *N Engl J Med.* 2005; 353(22): 2373–2383. doi:10.1056/nejmra052717
2. Pistors R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: The Euro Heart Survey. *Chest.* 2010; 138 (5): 1093-1100. doi: 10.1378/chest.10-0134
3. Nota informativa de la AEMPS sobre antiinflamatorios selectivos de la COX2. [citado diciembre 2019] Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/2005/ni\\_2005-05\\_antiinflamatorios\\_cox\\_2/](https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/2005/ni_2005-05_antiinflamatorios_cox_2/)
4. García-Rayado G, et al. Aspirin and omeprazole for secondary prevention of cardiovascular disease in patients at risk for aspirin-associated gastric ulcers. *Expert review of clinical pharmacology.* 2017;10(8): 875-888. doi:10.1080/17512433.2017.1324782
5. Piepoli MF, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical. *Eur Heart J.* 2016; 37: 2315–81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
6. Royo-Bordonada MA, et al. Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90: e1-e24. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.12.007

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

## ❖ ORIGINAL

7. Arnett DK, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2019;140: e596–e646. doi: 10.1161/CIR.0000000000000678
8. Grupo de trabajo sector I Zaragoza SALUD. Empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Guía de práctica clínica. [Internet]. [citado diciembre 2019] Disponible en [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_509\\_IBP\\_gastropatias\\_2rias\\_fc0s\\_completa.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_fc0s_completa.pdf)
9. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos de Medicamentos y Productos Sanitarios. BOT PLUS WEB. Madrid, CGCOF; 2020. [citado febrero 2020] Disponible en <https://botplusweb.portalfarma.com>
10. Observatorio del medicamento FEFE. [citado abril 2020] Disponible en [http://fefe.com/wp-content/uploads/2019/03/Observatorio-del-Medicamento\\_enero19LP.docx](http://fefe.com/wp-content/uploads/2019/03/Observatorio-del-Medicamento_enero19LP.docx)
11. Rodríguez-Martín S, et al. Prevalencia de prescripción del ácido acetilsalicílico a dosis bajas en prevención primaria en población española, evolución temporal y factores asociados. *Med Clin*. 2020; 155 (3): 104-111. doi: 10.1016/j.medcli.2019.10.012
12. McNeil JJ, et al. Effect of aspirin on disability-free survival in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018; 379: 1499–508. doi: 10.1056/NEJMoa1800722
13. McNeil JJ, et al. Effect of aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly. *N Engl J Med*. 2018; 379: 1509–18. doi: 10.1056/NEJMoa1805819
14. Bowman L, et al. ASCEND: A Study of Cardiovascular Events in Diabetes: Characteristics of a randomized trial of aspirin and of omega-3 fatty acid supplementation in 15,480 people with diabetes. *Am Heart J*. 2018; 198: 135-144. doi: 10.1016/j.ahj.2017.12.006
15. Gaziano JM, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2018 ;392(10152): 1036-1046. doi:10.1016/S0140-6736(18)31924-X
16. Jiménez N. et al. Papel de la aspirina® como tratamiento antiagregante en prevención primaria. Puesta al día. *Med Clin*. 2019; 153 (8): 326-331. doi: 10.1016/j.medcli.2019.05.024
17. Silveira ED, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009; 44(5), 273-279. doi: 10.1016/j.regg.2009.03.017
18. Salgueiro E, et al. Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(5):274–8. doi: 10.1016/j.regg.2018.03.001
19. Gallo C, et al. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*. 2015; 18(49): 124-129.

**Riesgos del tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico: comparación entre las prescripciones en prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares.**

Martínez López LA, García García C, Lara Tejedor JM.

❖ ORIGINAL

20. Nardulli G, et al. Riesgo de hemorragia digestiva con aspirina y antiagregantes plaquetarios. Gastroenterol Hepatol. 2009 ;32(1): 36–43. doi: 10.1016/j.gastrohep.2008.02.001
21. Martínez LA. Riesgo de resultados negativos asociados a inhibidores de la bomba de protones: revisión de las prescripciones electrónicas en pacientes polimedicados. Farmacéuticos Comunitarios. 2017; 9(2): 39-45. doi:10.5672/FC.2173-9218. (2017/Vol9).002.

## ❖ CASO CLÍNICO

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

### The unit dose drug distribution system as a tool to improve adherence in community pharmacy. About a case.

Bonilla Guijarro A<sup>1</sup>, Rodríguez López R<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Farmacéutica Comunitaria en Madrid, España.

<sup>2</sup>Técnico en Farmacia en Madrid, España.

**Conflicto de Intereses/Competing Interest:** Ninguno que declarar

#### ABREVIATURAS

**SPD:** Sistema Personalizado de Dosificación.  
**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.  
**PDC:** Proportion of Days Covered.

438

#### RESUMEN

**Antecedentes:** Paciente varón de 60 años, fumador y de bajo estrato social y cultural. Dependiente para todas sus actividades de la vida diaria, es atendido por su madre, una anciana de 86 años. El paciente presenta un cuadro pluripatológico antes de la intervención farmacéutica, destacando: infección crónica por VIH, combinación de medicamentos de uso hospitalario con medicamentos dispensados en la farmacia comunitaria y continuas incidencias en la dispensación en receta electrónica por no ajustarse a las pautas posológicas establecidas por su médico. La evaluación del paciente

**Fecha de recepción** 4/11/2020 **Fecha de aceptación** 23/11/2020

**Correspondencia:** Amparo Bonilla Guijarro

**Correo electrónico:** farmacia.tribaldos@gmail.com



## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

por el equipo multidisciplinar lo considera un paciente de riesgo y que precisa ayuda en la toma de la medicación; el paciente es no adherente según el test Morisky Green Levine reducido. La intervención farmacéutica consiste en la elaboración de SPD para el paciente.

**Resultados:** Tras 12 meses utilizando los SPD, dejaron de producirse desajustes en la dispensación en receta electrónica y los SPD que devuelve a la farmacia comunitaria muestran que ha tomado toda la medicación. El cálculo de la tasa *Proportion of Days Covered* (PDC) indica que es cumplidor para la mayoría de los tratamientos.

**Conclusión:** La elaboración de SPD a un paciente con patologías crónicas complejas resultó ser una intervención farmacéutica eficaz para mejorar su adherencia farmacológica.

**Palabras clave:** *Farmacia comunitaria; sistema personalizado de dosificación; adherencia terapéutica.*

### ABSTRACT

**Background:** 60 years old male patient, smoker and of low social and cultural stratum. He is dependent for all his activities of daily life, he is cared for by his mother, an 86 year old women. The patient presents a multiple pathological picture before the pharmaceutical intervention, highlighting: chronic HIV infection, a mixture of hospital use drugs and community pharmacy dispensed drugs apart from continuous incidents in the dispensing by electronic prescription due to lack of adherence to his doctor dosage guidelines. The evaluation of the patient by the multidisciplinary team reveals a risk patient who needs help in taking medication; the patient is not adherent to his treatments according to Morisky Green Levine reduced test. The pharmaceutical intervention consists on the elaboration of unit dose drug distribution system to the patient.

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

**Results:** After 12 months using the dose drug distribution system, misalignments in electronic prescription dispensing stopped and the dose drug distribution systems that the patient brought back to the community pharmacy showed that the patient has taken the medication. The Proportion of Days Covered (PDC) ratio showed that the patient was compliant with most of the treatments.

**Conclusion:** The elaboration of dose drug distribution system to a patient with complex chronic pathologies was an effective pharmaceutical intervention to improve his treatment adherence.

**Key words:** *Community pharmacy; unit dose drug distribution system; treatment adherence.*

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 60 años, raza blanca y nacionalidad española; fumador de 20 cigarrillos diarios, de bajo estrato social y cultural. Divorciado y con tres hijos alejados. El paciente es totalmente dependiente para sus actividades de la vida diaria y es atendido por su madre de 86 años y un hijo mayor de edad.

El paciente presenta un cuadro pluripatológico antes de la intervención farmacéutica:

- Infección crónica por VIH estadio C3, diagnosticado en 2005 y en tratamiento con dolutegravir/lamivudina/abacavir con carga viral indetectable.
- Epilepsia estructural con episodios que han ido pasando de frecuentes (incluso diarios) a esporádicos.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva que ha dejado secuelas.
- Hepatopatía crónica por virus de hepatitis C tratada con respuesta viral sostenida desde 2016.
- Vejiga neurógena.

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

- Tromboembolismo pulmonar agudo: el paciente estaba siendo tratado con acenocumarol, pero ante el alto riesgo de caídas y sangrado es tratado con heparina.
- Pérdida de masa muscular y atrofia muscular.
- Episodios depresivos desde 2007 sin tratamiento por decisión del paciente

El paciente no presenta alergias conocidas ni deterioro cognitivo.

| PRINCIPIO ACTIVO                               | PAUTA POSOLÓGICA  |
|--|-------------------|
| Calciferol 0.266 mg 10 ampollas                | 1 cada 28 días    |
| Baclofeno 25 mg 30 comprimidos                 | 0.5 – 0 – 0.5 – 0 |
| Oxcarbazepina 600 mg 100 comprimidos           | 1 – 1 – 0.5 – 0   |
| Clonazepam 2 mg 60 comprimidos                 | 0.5 – 1 – 1 – 0   |
| Perampanel 10 mg 28 comprimidos                | 0 – 0 – 1 – 0     |
| Clobazam 10 mg 28 comprimidos                  | 0 – 0 – 1 – 0     |
| Omeprazol 20 mg 28 cápsulas                    | 1 – 0 – 0 – 0     |
| Duloxetina 30 mg 28 cápsulas                   | 1 – 0 – 0 – 0     |
| Bemiparina 7500 UI 30 inyecciones subcutáneas  | 1 – 0 – 0 – 0     |
| Rivaroxaban 10 mg 30 comprimidos               | 0 – 0 – 1 – 0     |
| Abacavir /Lamivudina 600/300 mg 30 comprimidos | 1 – 0 – 0 – 0     |
| Dolutegravir 25 mg 30 comprimidos              | 1 – 0 – 0 – 0     |

441

**Tabla 1:** Resumen de tratamientos crónicos del paciente (nota: a lo largo del caso, se hizo un cambio de tratamiento de bemiparina a rivaroxaban)

En los últimos meses, el paciente ha sufrido numerosos ingresos hospitalarios, con infecciones frecuentes tratadas con éxito con diferentes antibióticos (piperacilina / tazabactam, fosfomicina, cotrimoxazol, amoxicilina / ácido clavulánico). Además, en las últimas semanas, ha llegado a recibir rehabilitación para recuperar la capacidad motora,

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

el habla y la función del lenguaje, para recuperar las habilidades psicosociales y la capacidad de interactuar en las actividades de la vida diaria.

Los tratamientos crónicos que tiene prescritos el paciente quedan resumidos en la tabla 1.

### EVALUACIÓN

En la práctica diaria, es la madre del paciente quien acude regularmente a la farmacia comunitaria a recoger la medicación para su hijo. Las incidencias son continuas: prácticamente todos los meses las dosis de clonazepam y oxcarbazepina son insuficientes, según la madre, y nos vemos obligados, continuamente, a contactar con la médico de atención primaria para confirmar las pautas posológicas, revisarlas con la madre, educarla sobre el riesgo de efectos adversos, los riesgos tanto del abuso como de la infradosificación de los tratamientos, informar sobre la necesidad de tratar los trastornos depresivos leves para evitar que se hagan más severos o que se compliquen y llevar a cabo un seguimiento farmacoterapéutico extremadamente estrecho.

La médico de atención primaria, considera que es un paciente de riesgo por la inestabilidad familiar, la falta de comprensión de las pautas y la falta de adherencia. El informe de valoración de enfermería que nos facilita la madre del paciente señala que el paciente "*Precisa ayuda y/o supervisión en la toma de medicación*", de la misma forma que indica que "*es un paciente con alteración del equilibrio*" o "*deterioro de la movilidad física*".

En la evaluación que hacemos en la farmacia comunitaria, el análisis de la adherencia del paciente nos da un resultado de NO CUMPLIDOR según el test Morisky Green Levine, versión reducida, (tabla 2), test validado para pacientes con VIH y otras patologías<sup>1</sup>.

El VIH en este paciente está controlado y su tratamiento es de seguimiento hospitalario, lo que no nos permite tener información directa sobre él.

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

Planteamos la intervención farmacéutica y ofertar el servicio de SPD a la cuidadora del paciente.

| PREGUNTA   | RESPUESTA INICIAL | RESPUESTA FINAL |
|--|-------------------|-----------------|
| ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | SÍ                | NO              |
| ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?                        | SÍ                | SI              |
| Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?              | SÍ                | NO              |
| Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomar la medicación?     | SÍ                | SI              |

**Tabla 2:** Respuestas del paciente en la evaluación en el test Morisky Green Levine versión reducida<sup>1</sup>. El paciente se considera cumplidor cuando sus respuestas son NO/SÍ/NO/NO

### INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

Citamos a la madre del paciente en la farmacia comunitaria y le explicamos el servicio de SPD, explicándole los beneficios que obtendrá y la importancia de mantenernos actualizados sobre los cambios de tratamientos del paciente. La cuidadora nos firma la hoja correspondiente a la ley de protección de datos y el consentimiento para la preparación de los SPD. Dada la particular idiosincrasia de este paciente, contactamos con su médico de atención primaria y acordamos con ella que nos actualizará los cambios en los tratamientos para evitar confusiones.

### RESULTADOS

En la actualidad, el paciente lleva 12 meses utilizando nuestro servicio de SPD. Durante este tiempo, las incidencias en la dispensación han disminuido un 100%, y la calendarización de las prescripciones realizadas por los médicos del paciente, tanto por los especialistas como por su médico de atención primaria, se han ajustado perfectamente a sus necesidades.

## El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

### CASO CLÍNICO

La adherencia del paciente mediante el test Morisky Green Levine a los 12 meses de seguimiento con SPD puede verse en la tabla 2. La evolución en las respuestas nos muestra que el paciente continuaría siendo no cumplidor, pero se observa que ha mejorado su actitud hacia la medicación: ya no manifiesta olvidos y sólo no tomaría la medicación sin consultar al médico cuando le sentase mal, cuando notase algún efecto secundario.

En nuestro caso, también pedimos a la cuidadora del paciente que nos haga llegar los SPD vacíos de semanas anteriores para comprobar si se ha completado la administración, si ha habido una correcta conservación y posibles errores. En todo el tiempo que el paciente lleva adherido al servicio, sólo nos ha devuelto un SPD con dos días sin administrar que han correspondido a un ingreso hospitalario por una infección respiratoria aguda.

La última medida de la adherencia con que hemos evaluado la implantación de los SPD en nuestro paciente ha sido mediante la tasa *Proportion of Days Covered (PDC)*, tabla 3. El sistema de receta electrónica proporciona a la farmacia comunitaria información sobre las últimas dispensaciones realizadas al paciente, lo que permitiría conocer de forma indirecta y, asumiendo que el paciente se ha tomado la medicación, si ha sido adherente a sus tratamientos. De esta forma podemos calcular diferentes tasas de medida de la adherencia (*Medication Possession Ratio* o *Proportion of Days Covered...*). En nuestro caso, elegimos el PDC porque es el ratio más conservador<sup>2</sup>. Asumiendo el criterio de la comunidad científica de que por encima del 80% se considera al paciente cumplidor, vemos que a raíz de la intervención farmacéutica, mayoritariamente, y excluyendo duloxetina, el paciente es cumplidor para todos sus tratamientos. En aquellos casos en los que el PDC tiene un valor superior al 100% hay que tener en cuenta

**El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.**

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

**CASO CLÍNICO**

que el paciente continúa con sus tratamientos más allá de nuestra evaluación, y que tiene medicación remanente para continuar con estos tratamientos.

Cuando comparamos el análisis de la tasa PDC con lo que observamos cuando el paciente nos devuelve los SPD al recoger los nuevos dispositivos (sólo nos devolvió dos días sin administrar correspondientes a un ingreso hospitalario y entendemos que la medicación se administró en el hospital, por lo que tampoco pueden considerarse fallos en la adherencia), vemos una concordancia plena.

| PRINCIPIO ACTIVO                              | MARCA COMERCIAL  | PAUTA POSOLÓGICA  | Fecha 1ª dispensación | Nº Envases retirados | Nº de días con medicación | PDC  |
|---|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|------|
| Calciferol 0.266 mg 10 ampollas               | Hidroferol®      | 1 cada 28 días    | 27-ene                | 2                    | 560                       | 202% |
| Baclofeno 25 mg 30 comprimidos                | Lioresal®        | 0.5 – 0 – 0.5 – 0 | 12/12/2019            | 11                   | 330                       | 102% |
| Oxcarbazepina 600 mg 100 comprimidos          | Trileptal®       | 1 – 1 – 0.5 – 0   | 05/11/2019            | 9                    | 360                       | 100% |
| Clonazepam 2 mg 60 comprimidos                | Rivotril®        | 0.5 – 1 – 1 – 0   | 12/12/2019            | 13                   | 312                       | 97%  |
| Perampanel 10 mg 28 comprimidos               | Fycompa®         | 0 – 0 – 1 – 0     | 05/11/2019            | 13                   | 364                       | 101% |
| Clobazam 10 mg 28 comprimidos                 | Noiafren®        | 0 – 0 – 1 – 0     | 05/11/2019            | 26                   | 520                       | 144% |
| Omeprazol 20 mg 28 cápsulas                   | Omeprazol Stada® | 1 – 0 – 0 – 0     | 12/12/2019            | 12                   | 336                       | 104% |
| Duloxetina 30 mg 28 cápsulas                  | _____            | 1 – 0 – 0 – 0     |                       |                      | 0                         | 0%   |
| Bemiparina 7500 UI 30 inyecciones subcutáneas | Hibor®           | 1 – 0 – 0 – 0     | 12/12/2019            | 7                    | 210                       | 65%  |
| Rivaroxaban 10 mg 30 comprimidos              | Xarelto®         | 0 – 0 – 1 – 0     | 25/06/2020            | 5                    | 300                       | 98%  |

**Tabla 3:** Cálculo del ratio Proportion of Days Covered para cada uno de los tratamientos crónicos administrados al paciente durante los 12 meses de seguimiento con SPD.

**El Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) como herramienta para mejorar la adherencia en la farmacia comunitaria. A propósito de un caso.**

Bonilla Guijarro A, Rodríguez López R.

**CASO CLÍNICO**

**CONCLUSIÓN**

La elaboración de SPD a un paciente con patologías crónicas complejas resultó ser una intervención farmacéutica eficaz para mejorar su adherencia farmacológica.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413–7.
2. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *Am J Med Sci*. 2016;351(4):387–99.

## ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

M<sup>a</sup> Victoria Rojo Manteca

Responsable del CIM del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Ávila, España.

## Reducing risk and managing dispensing errors.

Phipps D, Ashour A, Riste L, Lewis P, Ashcroft D.  
The Pharmaceutical Journal, Vol 305, nº 7944  
DOI: [10.1211/PJ.2020.20208595](https://doi.org/10.1211/PJ.2020.20208595)

Este artículo explica qué pueden hacer los farmacéuticos para minimizar el riesgo de errores en la dispensación y cómo gestionarlos cuando se producen. Según los autores, aunque las evaluaciones realizadas hasta la fecha son limitadas, los resultados de las mismas sugieren que realizar intervenciones en este sentido proporciona beneficios para los procesos, los pacientes y los propios profesionales.

Teniendo en cuenta que el proceso de dispensación puede verse afectado por aspectos sociales, físicos y técnicos de la farmacia que deben ser identificados y analizados, un buen punto de partida sería la pregunta: ¿cómo de segura es la práctica de tu farmacia?, que podría desglosarse en los siguientes puntos: análisis de errores anteriores, fiabilidad de los procesos, medidas adoptadas para garantizar la seguridad en el trabajo diario, evaluación de la capacidad del personal para abordar problemas o imprevistos y análisis de las actuaciones realizadas ante errores, quejas o solicitudes de mejora pasadas.

Para responder a estas preguntas los autores de este trabajo proponen dos métodos: el Failure mode and effects analysis (FMEA, Análisis modal de fallos y efectos) y el Proactive risk monitoring (PRIMO, Monitorización proactiva de riesgos). Utilizar el FMEA implica analizar los fallos potenciales que podrían producirse en procesos específicos (por ejemplo, dispensación de SPDs) y cuantificarlos en base a su severidad, frecuencia, las medidas de control establecidas para prevenirlos y la capacidad para detectarlos a tiempo. El marco PRIMO, por su parte, se diseñó para evaluar aquellas características de

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

## ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

una farmacia que pueden tanto generar errores como ayudar a prevenirlos, como el personal, equipamiento, comunicación, procedimientos, trabajo en equipo, etc.

Además, y puesto que a pesar de los esfuerzos por prevenirlos es inevitable que se produzcan errores ocasionales en la dispensación, es conveniente disponer de un sistema de notificación de incidentes que permita identificar y analizar los problemas o situaciones que lo han causado para poder resolverlos. Este sistema debe ser accesible a todo el personal y tener un enfoque constructivo, basado en analizar la posible existencia de problemas en el sistema de trabajo antes de asumir que la culpa es de los profesionales. Es importante analizar, además, los errores potenciales y aquellas situaciones que podrían haber derivado en un incidente aunque no llegasen a serlo, ya que esto permitirá poner de manifiesto las vulnerabilidades existentes en los procesos de la farmacia y comprobar si los sistemas de seguridad están funcionando correctamente.

Según los autores, los factores que contribuyen a la producción de errores son: el paciente, las tareas y el equipamiento, cada profesional a nivel individual, el equipo, el ambiente de trabajo, la educación y experiencia y la organización y gestión de la farmacia. Debe tenerse en cuenta que, si bien para cada incidente puede identificarse un factor como responsable principal, es posible que para resolver el problema sea necesario abordar también otros factores relacionados o que interactúan con este.

El artículo introduce el término “cultura de la seguridad” (safety culture) para referirse a la manera en la que la farmacia afronta y gestiona los incidentes y lo describe como los valores que se comunican, implícita o explícitamente, en la farmacia en relación con la seguridad y los patrones de comportamiento que resultan de esos valores, como por ejemplo la formación y equipamiento proporcionado al personal, si se realiza un abordaje constructivo o no y la implicación en notificar errores.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL  
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Según los autores, una adecuada cultura de la seguridad aumentará la implicación y confort de los profesionales de la farmacia en el abordaje de errores y problemas, a quienes definen como la “segunda víctima” por la situación de angustia o estrés que se genera ante un error en la dispensación, especialmente cuando se produce un daño al paciente.

Por último, se plantea la posibilidad de implicar a los pacientes en el abordaje de los problemas de seguridad, para lo cual se recomienda analizar la facilidad para tratar con ellos estos incidentes y valorar la confianza que tienen en la farmacia.

## Routine opioid outcome monitoring in community pharmacy: Outcomes from an open-label single-arm implementation-effectiveness pilot study.

Nielsen S, Picco L, Kowalski M, Sanfilippo P, Wood P, Larney S, Bruno R, Ritter A.  
Research in Social and Administrative Pharmacy. 2020, 16: 1694-1701  
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.02.009>

Las elevadas tasas de prescripción de opioides en países desarrollados y los problemas asociados al uso de los mismos, que incluyen adicción, sobredosis e incluso muerte, hacen necesario el desarrollo de nuevas estrategias para la monitorización de la calidad y seguridad de estos tratamientos que aborden el problema desde un punto de vista holístico, analizando parámetros como analgesia, actividad, adicción, efectos adversos y estado de ánimo del paciente. En este sentido, los farmacéuticos son profesionales accesibles y altamente cualificados y las oficinas de farmacia el lugar ideal para realizar cribado e intervención para reducir los daños asociados al uso de opioides. Por ello, deben desarrollarse e implementarse herramientas que sean tiempo-eficientes y puedan ser integradas fácilmente en la rutina de la farmacia.

En este artículo se presentan los resultados del programa piloto de implementación del servicio de Monitorización Rutinaria de Resultados con Opioides (Routine Opioid Outcome Monitoring, ROOM) en farmacias australianas, que pretendía analizar si la formación y apoyo para implementar ROOM aumenta el conocimiento clínico y la confianza de los farmacéuticos en relación con la seguridad de los opioides, si ROOM es un facilitador de la educación a los pacientes y la derivación e inclusión en el servicio de dispensación de naloxona, y si ROOM es factible y aceptable para farmacéuticos y pacientes.

Se invitó a participar a farmacias de tres regiones seleccionadas con el objetivo de obtener datos a nivel urbano, regional y rural, estableciéndose los siguientes criterios de inclusión: dispensar al menos 5 opioides al día, disposición a completar todas las

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

### ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

tareas del estudio, contar con un dispositivo electrónico con el que completar la herramienta de cribado de ROOM, la existencia de hasta 3 farmacéuticos dispuestos a participar y comprometerse a reclutar a 20 pacientes. Se consideró elegibles a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieran a la farmacia a retirar un opioide con una prescripción de continuación que proporcionasen consentimiento informado y completasen de manera autónoma la herramienta ROOM en la farmacia.

Se diseñó una intervención clínica basada en la teoría del comportamiento planeado, se proporcionó formación a los farmacéuticos para aumentar sus competencias y motivación y el sistema se integró en los software de gestión para facilitar la implementación del servicio e incrementar las oportunidades de intervención.

Los farmacéuticos participantes completaron, al inicio del estudio, una encuesta anónima para medir su conocimiento, confianza, percepciones y práctica en relación con la monitorización de resultados en salud con opioides y participaron en una formación online de 1 hora de duración donde se abordaron todos los aspectos relacionados con la prestación del servicio (manejo del dolor, dependencia de opioides, depresión, consumo de alcohol, estreñimiento y entrevista motivacional), que se complementó con material adicional de consulta.

Se estableció la siguiente remuneración económica para los farmacéuticos: 20 AUD por completar las encuestas inicial y de seguimiento, 40 AUD por participar en la formación y 20 AUD por cada ROOM completada.

La prestación del servicio se realizaba a través de un dispositivo electrónico en el que el propio paciente proporcionaba el consentimiento y contestaba a un formulario con 12 preguntas. Paralelamente, el farmacéutico debía completar un cuestionario con ítems predeterminados a partir de la revisión de la historia clínica del paciente y, con la información proporcionada, el sistema genera informes personalizados. En caso necesario los farmacéuticos debían proporcionar educación sanitaria sobre riesgo de

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

### ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

sobredosis y ofrecer naloxona, así como contactar con el prescriptor en caso de identificar problemas de seguridad importantes. Además, se invitaba a los pacientes a completar una encuesta de evaluación del servicio.

De las 23 farmacias que recibieron la formación (64 farmacéuticos), 20 implementaron ROOM (completaron al menos un registro) aunque sólo 4 alcanzaron el objetivo de realizar 20 monitorizaciones, reclutándose un total de 152 pacientes. El opioide más dispensado fue la oxicodeona, detectándose que el 40% del total de los pacientes presentaban adicción o realizaban mal uso de los tratamientos y que 4 de cada 10 tenían un consumo de alcohol considerado de riesgo. Además, el 92% de los pacientes se encontraba ya en tratamiento para el estreñimiento.

Se analizó la implementación tanto a nivel de farmacia como de farmacéutico y se midió la efectividad en términos de identificación de problemas relacionados con opioides y los resultados en salud de los pacientes participantes en el estudio.

Se observó una mejora en la confianza de los farmacéuticos en lo relativo a la identificación y manejo de los problemas relacionados con los opioides, si bien ésta fue moderada e, incluso, aquellos que demostraron una mayor seguridad en la encuesta inicial reportaron una reducción en su nivel de confort. Unos resultados que los autores achacan a una insuficiente duración de la formación y a que algunos farmacéuticos habrían sobreestimado su confort en base a sus conocimientos previos.

La mayoría de los farmacéuticos consideraron que ROOM aumentó su interacción con los pacientes en relación con el manejo del dolor, seguridad de los tratamientos y estreñimiento, obteniéndose valores de aceptabilidad del servicio de 7/10, y consideran razonable la remuneración para el tiempo invertido (una media de 10 minutos por paciente). Sin embargo, el 60% de los farmacéuticos no continuaría con la prestación del servicio en caso de no existir contraprestación económica y tener que pagar por el acceso al software.

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL  
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En cuanto a los pacientes, aunque sólo el 21% completó la encuesta de evaluación los resultados obtenidos muestran una elevada satisfacción con el servicio (8,6/10).

## Enhancing pre-licenced pharmacists' communication and interprofesional collaboration utilizing the RIPE model of interprofesional learning: A qualitative study.

Lucas Ch, Power T, Ferguson C, Hayes C.

Research in Social and Administrative Pharmacy. 2020, 16: 1379-1386

<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.01.012>

La colaboración interprofesional (IPC) en el ámbito sanitario genera numerosos beneficios para los pacientes, mejorando la seguridad y los resultados en salud, y para los propios profesionales. Por ello es fundamental que los estudiantes de farmacia adquieran las habilidades necesarias para interactuar de manera efectiva con otros profesionales. Implicar a los futuros sanitarios en actividades educativas que incluyan a otras disciplinas y promuevan la colaboración puede ayudarles a entender los procesos, roles, funciones y experiencia del resto de profesionales que constituyen el equipo de salud así como a identificar los retos existentes para lograr una colaboración efectiva y mejorar los resultados en salud de los pacientes.

454

Basándose en un modelo previamente diseñado y pilotado por ellos mismos (denominado Modelo Reflexivo de Educación Interprofesional o modelo RIPE\*) que se basa en la resolución conjunta, por parte de alumnos de farmacia y enfermería, de simulaciones de casos clínicos y promueve el pensamiento crítico y la toma de decisiones de manera colaborativa, los autores de este trabajo han querido explorar las experiencias educativas de los alumnos del Máster de Farmacia de una universidad australiana.

Para ello incluyeron el modelo RIPE en una actividad de la asignatura de Práctica Clínica consistente en que los alumnos, divididos en grupos de 6-8 miembros, debían resolver un caso clínico (mujer de edad avanzada que ingresa con un ictus y requiere de sonda nasogástrica) moviéndose a través de 12 estaciones o puntos de trabajo que simulan distintas situaciones del ambiente hospitalario en las que deben extraer información de

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

### ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

y comunicarse con: el paciente, sus cuidadores y familiares y otros profesionales sanitarios. Concretamente, los alumnos debían dar respuesta a las siguientes cuestiones: 1) ¿qué medicación debe administrarse a través de la sonda y cómo?; 2) asegurar que el resto de profesionales disponen de información correcta sobre la medicación que tomaba la paciente antes del ingreso (incluyendo fitoterapia y medicamentos no sujetos a prescripción; 3) ¿qué cambios deben realizarse en la medicación a la vista de los nuevos diagnósticos teniendo en cuenta que es alérgica a las penicilinas?; 4) comunicación y colaboración interprofesional en relación con el tratamiento actual.

El estudio incluyó a 55 alumnos divididos en 7 grupos y para el desarrollo de la actividad se contó con la colaboración de 4 enfermeras en ejercicio, 8 mentores de estudiantes de enfermería y 10 mentores de estudiantes de farmacia. Los enfermeros/estudiantes de enfermería disponían de los detalles clínicos del caso y recibieron instrucciones acerca de la información que podían proporcionar en cada estación.

455

La actividad constaba de dos partes: la simulación propiamente dicha, obligatoria para todos los alumnos, y una sesión posterior de análisis, denominada grupo focal, voluntaria y no evaluable curricularmente. Todos los participantes debían proporcionar consentimiento expreso si bien no se identificó a los alumnos en las transcripciones de las sesiones. Los grupos focales tuvieron una duración de entre 18 y 28 minutos y en los mismos se generaron debates acerca de los siguientes temas:

- Manejo del tiempo: Los estudiantes de farmacia reconocieron que la comunicación con otros profesionales se produce en situaciones en las que la toma de decisiones debe ser rápida porque el tiempo es crítico para el paciente y tomaron conciencia de la necesidad de haber realizado un análisis y estudio previo y tener formulado su plan de cuidados antes de abordar al médico. Todos coincidieron en la conveniencia de mostrar tacto y respeto cuando existen

## ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL

### ❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

discrepancias y de crear un balance entre sus propias ideas y las del resto de profesionales.

- Cuidado centrado en el paciente: Los alumnos comprendieron la importancia de incluir al paciente y su familia en la evaluación clínica y de hacerlo de la manera adecuada para obtener toda la información importante. También tuvieron la oportunidad de aprender técnicas de comunicación para adaptar el lenguaje y explicaciones de manera que fuesen entendidas por los pacientes.
- Comunicación: La simulación cambió la percepción de los estudiantes acerca del papel del farmacéutico en la dinámica hospitalaria, tomando conciencia del papel clave que desempeña comunicándose con el resto de profesionales que atienden al paciente. Así, destacaron la importancia de que la información se transmita de manera adecuada y efectiva y consideraron que un desarrollo continuo en comunicación interprofesional puede llegar a ser más importante que disponer de un profundo conocimiento clínico.
- Trabajo en equipo: Al inicio de la actividad los alumnos consideraban a los médicos como el escalafón más alto de la jerarquía sanitaria, lo que les generó mayor dificultad (presión, intimidación) en la comunicación con estos profesionales en comparación con enfermería, a quienes consideraron más accesibles y con una relación más íntima con el paciente.

Los estudiantes manifestaron que la simulación les había permitido disponer de un mejor conocimiento del papel que juega cada profesión y el lugar que ocupa cada uno en un equipo que tiene al paciente en el centro y en el que ningún sanitario es más importante que los demás.

Una de las limitaciones del estudio es el hecho de que los alumnos de enfermería no participaron en los grupos focales. Para resolver esta situación se está ya evaluando una nueva adaptación del modelo RIPE que incluirá a 5 profesionales sanitarios. Los autores consideran que asegurar un balance entre los roles, responsabilidades y nivel de

ATENCIÓN FARMACEUTICA EN LA BIBLIOGRAFÍA NACIONAL E INTERNACIONAL  
❖ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

colaboración de cada uno de los profesionales es muy importante cuando se implica a otros sanitarios en actividades de educación interprofesional.

\* Lucas C, Power T, Hayes C, Ferguson C. Development of the RIPE model (reflective interprofessional education model) to enhance interprofessional collaboration. *Res Soc Adm Pharm.* 2019; 15: 459–464.