

conSIGUE



INFORME

RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE DEL PROGRAMA conSIGUE:

**“ESTUDIO PILOTO: MEDIDA DEL IMPACTO CLÍNICO, ECONÓMICO
Y HUMANÍSTICO DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO
EN MAYORES POLIMEDICADOS”**

Diciembre 2010

Agradecimiento especial

Agradecemos la colaboración de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Cádiz, Granada y Murcia, particularmente a sus Juntas de Gobierno y a sus Presidentes, por participar en el desarrollo eficiente de los estudios pre y piloto, motivando activamente a los farmacéuticos comunitarios a implicarse en el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores polimedcados de sus localidades. Así mismo agradecemos al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad su generosa participación, apoyando institucionalmente el proyecto.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2012 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-931-9
Depósito Legal: M-25483-2012
Impreso en España

Autores

Prof. Shalom I. Benrimoj
Universidad de Sidney (Australia)

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda
Universidad de Granada

Dra. Tracey Farragher
Universidad de Liverpool (Inglaterra)

Dra. Eleonora Feletto
Universidad de Sidney (Australia)

Dra. Pilar García Delgado
Universidad de Granada

Dña. Loreto Sáez-Benito Suescun
Universidad de Granada

Dña. Raquel Varas Doval
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (Madrid)

Prof. José Jesús Martín Martín
Farmacoeconomía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Universidad de Granada

Prof. María del Puerto López del Amo
Farmacoeconomía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Universidad de Granada

D. Francisco Jódar Sánchez
Farmacoeconomía. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

Dr. Fernando Fernández-Llimós
Universidad de Lisboa (Portugal)

Dr. Emilio García Jiménez
Universidad de Granada

Dña. M^a Victoria García Cárdenas
Universidad de Granada

Dña. Marta Sabater Galindo
Universidad de Granada

Dña. M^a Aranzazu Noain Calabuig
Universidad de Granada

D. José Cristian Plaza Plaza
Hospital Virgen de las Nieves (Granada)

Prof. Fernando Martínez Martínez
Universidad de Granada

Prof. M^a José Faus Dáder
Universidad de Granada

Prefacio

La sociedad actual está viviendo importantes cambios, con un incremento de la esperanza de vida de la población, lo que conlleva un aumento del número de enfermos crónicos, especialmente mayores polimedificados.

Este logro que, en gran parte, se ha conseguido gracias al avance de la farmacología, a su vez plantea nuevos retos sociales. Uno de los mayores desafíos para la Organización Farmacéutica Colegial en este siglo XXI, porque lo es para el Sistema Sanitario, es dar solución a las nuevas necesidades sociales, con los recursos disponibles.

Las personas mayores con enfermedades crónicas utilizan entre 70%- 80% de los recursos sanitarios de nuestro país. En España el número de mayores de 65 años polimedificados es superior al 11% y llega hasta el 40% en las personas que viven en instituciones, lo que está condicionando un aumento considerable de la aparición de efectos no deseados de los medicamentos, y en consecuencia un incremento de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

En el marco de la actual práctica colaborativa de los profesionales sanitarios en beneficio de los pacientes, el farmacéutico comunitario, por su cercanía y accesibilidad, participa activamente en optimizar la seguridad, eficacia y eficiencia de los tratamientos y, por tanto, en lograr resultados que mejoren la salud y la calidad de vida de los pacientes, además de favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario.

Esta publicación es el fruto de un nuevo reto que se ha fijado la Organización Farmacéutica Colegial desde hace años y del esfuerzo de compañeros por conseguir *la generalización sostenible de servicios asistenciales en la farmacia comunitaria*. Supone un hito más en la línea iniciada por Foro de Atención Farmacéutica (AF) con su Documento de Consenso AF 2008 y mantenido con la edición de la Guía práctica de Servicios de AF en farmacia comunitaria, 2010.

Tras años de esfuerzo, ha llegado el momento de demostrar que los Servicios de AF, especialmente el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), se pueden y se deben hacer en la farmacia comunitaria. Siempre en colaboración con los agentes sanitarios, dentro del concepto de práctica colaborativa promovido por organismos internacionales como la FIP o la OMS.

La demostración del valor de un Servicio como es el SFT requiere de una importante labor de *investigación en la farmacia comunitaria* que permita expresar tanto su

impacto, a nivel humano, clínico y económico, como la conveniencia de su implantación futura y sostenible. Se estima, en base a la actual experiencia obtenida a nivel internacional, que entre un 10 y un 20% de las farmacias comunitarias se implican en este Servicio, y a ellas se van incorporando las que quieran ir asumiendo este Servicio profesional de colaboración con la sociedad, los agentes y el Sistema Sanitario.

En este momento de evolución de la profesión a una práctica profesional centrada en la asistencia al paciente, se requiere iniciar y potenciar el valor de la investigación en nuevos ámbitos asistenciales, en este caso en la farmacia comunitaria, con proyectos como el estudio piloto que se presenta en esta obra. Si se aúna el trabajo profesional individual con el de los demás compañeros, estaremos haciendo visible ante la sociedad, la labor de toda una profesión, mostrando día a día que la Farmacia asistencial es clave para el desarrollo social y sanitario de los ciudadanos.

La participación activa de los farmacéuticos comunitarios imbricados en el Sistema Nacional de Salud puede demostrar, como en este proyecto de investigación, que genera ahorro y contribuye a la calidad de la asistencia sanitaria, a la equidad y a la cohesión del SNS en nuestro país.

Por todo ello la lectura de este informe, que contiene la evaluación del estudio piloto realizado a lo largo de dos meses de trabajo en 30 farmacias comunitarias del Colegio de Farmacéuticos de Cádiz, en el que han participado 45 farmacéuticos y 150 pacientes, ofrece óptimos resultados, lo que suponen una excelente muestra de lo que se puede llegar a obtener en los seis meses que durará el estudio principal, en aquellas Comunidades Autónomas que participen en este programa de investigación.

Los Farmacéuticos somos unos profesionales sanitarios que miramos a largo plazo, con amplia visión de futuro, para seguir avanzando como Profesión en beneficio del Sistema Sanitario, en beneficio de la sociedad, y con ello haremos visible el Servicio profesional del Seguimiento Farmacoterapéutico en la farmacia comunitaria.

Madrid, 15 de abril de 2011



Carmen Peña López
*Presidenta del Consejo General de
Colegios Oficiales de Farmacéuticos*

Índice

1	Prólogo	1
1.1	Primera fase: “Impacto clínico, económico y humanístico del servicio de SFT”	2
1.2	Segunda fase del programa: “Implantación del servicio de SFT”	3
2	Resultados importantes del estudio piloto, de dos meses de duración, en COF Cádiz	5
3	Introducción	9
3.1	El paciente mayor	10
3.2	Polifarmacia y Pluripatología en el mayor	12
3.3	Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico	13
4	Justificación del estudio	15
5	Objetivos del estudio piloto	17
5.1	Objetivo general	17
5.2	Objetivos secundarios	17
6	Método	19
6.1	Diseño del estudio piloto	19
6.2	Ámbito de estudio	20
6.3	Ámbito temporal	21
6.4	Población de estudio	21
6.5	Diseño muestral	21
6.6	Intervenciones	21
6.6.1	Intervención farmacéutico-paciente	21
6.6.2	Intervención del Grupo de Investigación con el farmacéutico	22
6.7	Análisis estadístico	25
6.8	Análisis de proceso	25
6.9	Definiciones operacionales	25
6.10	Estudio Farmacoeconómico	27
6.10.1	Estimación del coste	27
6.10.2	Calidad de vida a partir de los Años Ajustados por Calidad (AVAC)	28
6.10.3	Análisis Coste-Efectividad	28
7	Resultados	31
7.1	Objetivo 5.1.1: Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos que utilizan los pacientes mayores polimedcados	34
7.2	Objetivo 5.1.2: Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos inapropiados que utilizan los pacientes mayores polimedcados	39

7.3	Objetivo 5.1.3: Determinar el impacto del servicio de SFT en el control de los problemas de salud de los pacientes mayores polimedicados	40
7.4	Objetivo 5.1.4: Determinar el impacto del servicio de SFT en la identificación y resolución de PRM y RNM	42
7.4.1	Tipos de PRM.	44
7.4.2	Tipos de intervenciones	44
7.4.3	Aceptación y resolución de intervenciones por tipo de RNM.	46
7.4.4	Aceptación de intervenciones por destinatario y método de intervención.	46
7.5	Objetivo 5.1.5 Determinar el coste efectividad del servicio de SFT realizado en Farmacia Comunitaria y el impacto en resultados humanísticos	47
8	Discusión	51
8.1	Características de la muestra	51
8.2	Impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos	52
8.3	Impacto en el número de medicamentos inapropiados	53
8.4	Impacto sobre los problemas de salud	53
8.5	Impacto en la resolución de RNM.	54
8.6	Determinar el coste efectividad del servicio de SFT.	56
9	Conclusiones	59
10	Bibliografía	61
11	Anexos	67
11.1	Anexo 1: Indicadores clínicos, económicos y humanísticos.	68
11.1.1	Indicadores de proceso: clínicos.	68
11.1.2	Indicadores de resultado: clínicos.	71
11.1.3	Indicadores de resultado: económicos y humanísticos	73
11.2	Anexo 2: Indicadores de proceso del servicio de STF.	74
11.3	Anexo 3: Resumen del Grupo Focal (GF) en Cádiz.	77
11.4	Anexo 4: Registros	89
11.5	Anexo 5: La formación y papel de los Formadores Colegiales de Cádiz.	109
11.5.1	Programa de formación a los Formadores Colegiales	109
11.5.2	El papel de los Formadores Colegiales.	111
11.5.3	Lista de comprobación de actividades del Formador Colegial ..	113
11.6	Anexo 6: Clasificación ATC (Clasificación anatómica, terapéutica y química).	116
11.7	Anexo 7: Tipos de problemas de salud y cambios en el número de problemas de salud	118
11.7.1	Primer nivel	118
11.7.2	Segundo nivel	118
11.8	Anexo 8: Tipos de problemas de salud e intervenciones realizadas	125

Gráficos

- **Gráfico A.** Esquema del proceso del servicio de SFT. 14
- **Gráfico B.** Diseño de investigación de la fase piloto. 20
- **Gráfico C.** Grupo intervención: Relación entre el cambio en el número de medicamentos en la visita 2 y el número de medicamentos inicial 34
- **Gráfico D.** Grupo intervención: Distribución de los pacientes y las farmacias en función del cambio en el número de medicamentos 35
- **Gráfico E.** Grupo comparación: Relación entre el cambio en el número de medicamentos y el número de medicamentos inicial. 37
- **Gráfico F.** Grupo comparación: Distribución de los pacientes y las farmacias en función del cambio en el número de medicamentos 38
- **Gráfico G.** Grupo intervención: Relación entre el número de medicamentos en la visita 1 y los RNM y riesgos de RNM identificados 43
- **Gráfico H.** Grupo intervención: Frecuencia y tipos de RNMs identificados en el servicio de SFT 44
- **Gráfico I.** Frecuencia y tipo de los PRMs identificados 45
- **Gráfico J.** Frecuencia y tipo de las intervenciones realizadas en el servicio de SFT 45
- **Gráfico K.** Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud. 49

Tablas

- **Tabla A.** Descripción de la muestra de pacientes en el piloto 31
- **Tabla B.** Características sobre el género de los participantes 32
- **Tabla C.** Media y cambios en el número de medicamentos en ambos grupos . . 32
- **Tabla D.** Grupo de intervención. Resumen de diferentes medias de variables 33
- **Tabla E.** Relación entre el número de medicamentos al inicio y cambio en su número 37
- **Tabla F.** Número de farmacias y su situación respecto al cambio de medicamentos en pacientes 39
- **Tabla G.** Grupo intervención: Media del número de medicamentos inapropiados en 55 pacientes, sub-muestra del grupo de intervención 40
- **Tabla H.** Grupo intervención: Problemas de Salud y riesgos de Problemas de Salud 41
- **Tabla I.** Grupo intervención: Relación entre el cambio en el número de Problemas de Salud controlados (Cambio = PS controlados Visita 2 – PS controlados Visita 1) y el número de pacientes con Problemas de Salud controlados en Visita 1. 41
- **Tabla J.** Grupo intervención: RNM y PRM por paciente. 42

- [Tabla K.](#) Grupo intervención: RNM y PRM por farmacia 43
- [Tabla L.](#) Grupo intervención: Clasificación de RNM y rRNM. 44
- [Tabla M.](#) Grupo intervención: Aceptación y resolución de intervención por tipo de RNM 46
- [Tabla N.](#) Aceptación de las intervenciones según el destinatario y vía de comunicación 47
- [Tabla O.](#) Tiempos medidos en minutos, del farmacéutico y coste del tiempo total. 48
- [Tabla P.](#) Calidad de vida (AVAC). 48
- [Tabla Q.](#) Puntuación de la Calidad de Vida según la Escala Visual Analógica (EVA) 49
- [Tabla R.](#) Coste medicación diario 50
- [Tabla S.](#) Coste y AVAC incremental 50

1. Prólogo

Diferentes factores socio-sanitarios que confluyen en la actualidad, tales como el envejecimiento de la población, el mayor consumo de medicamentos, la alta prevalencia de los fallos de la farmacoterapia, el excesivo gasto sanitario asociado, la necesidad de mejorar la calidad en el uso de los medicamentos así como el uso racional del medicamento y el momento profesional por el que pasa la farmacia comunitaria, han propiciado el nacimiento del **programa conSIGUE**.

El colectivo de pensionistas supone el 16.6% de los pacientes asegurados por el SNS a fecha de enero de 2009. Este colectivo, con altas tasas de polifarmacia, en esa misma fecha, contribuye al 77.1% del gasto en medicamentos y en productos sanitarios¹, a la vez que origina otros gastos sanitarios añadidos (ingresos hospitalarios, urgencias médicas, etc.). Las autoridades sanitarias tratan de abordar este problema utilizando diferentes medidas, en los que participen diferentes agentes de salud.

conSIGUE pretende solucionar aquellos problemas asociados al uso de los medicamentos desde el ámbito de la farmacia comunitaria, contribuyendo a conseguir un sistema de salud coste-efectivo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además pretende demostrar que el Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), como servicio cognitivo, puede ser una realidad en la farmacia comunitaria española.

conSIGUE es un programa que integra una estrategia de investigación con una estrategia política y de comunicación desde un punto de vista eminentemente práctico. Además aborda el problema de la investigación de una manera holística, con el fin de obtener unos resultados sostenibles. El **programa conSIGUE** centra su estudio en los mayores polimedcados en la farmacia comunitaria y se realizará en dos fases de investigación; en la primera fase se persigue evaluar el impacto del servicio de SFT en los resultados clínicos económicos y humanísticos de los pacientes, mientras que en la segunda se pretende la implantación del servicio.

conSIGUE está basado en la actual política sanitaria del Gobierno (mayores polimedcados) y cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad así como del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) que participen en el mismo. Es por ello que **conSIGUE** puede entenderse como una buena plataforma de mejora tanto para los pacientes (mejoría clínica y de calidad de vida) como para las administraciones autonómicas (contención del gasto y racionalización del uso de medicamentos). En este sentido, **conSIGUE** pretende contar con la colaboración de los medios de comunica-

ción profesionales, a nivel nacional y local. De esta forma se podrá trasladar a la sociedad de las diferentes comunidades autónomas (CCAA) los logros que se vayan consiguiendo, haciendo así visible a los usuarios de la farmacia comunitaria los beneficios potenciales del servicio a través de dicho programa, tanto para ellos a nivel clínico-sanitario, como para las autoridades sanitarias. Asimismo, es importante señalar que en relación con aspectos políticos, **conSIGUE** incluye a todas las organizaciones implicadas y busca su apoyo.

Como se ha comentado anteriormente, la estrategia de investigación se ha diseñado en dos diferentes fases.

1.1 Primera fase: “Impacto clínico, económico y humanístico del servicio de SFT”

En primer lugar se evaluó la aplicabilidad del diseño del estudio principal, realizándose en diferentes COF dos pre-pilotos (Granada y Murcia) y un piloto (Cádiz). Posteriormente se realizará el estudio principal en un número de provincias por determinar, entre tres y cinco, de manera que participen en el estudio unas 150 farmacias comunitarias con un total aproximado de 1.500 pacientes de intervención. Se medirá el impacto clínico, económico y humanístico del servicio de SFT mediante diferentes indicadores (ver Anexo 1):

- Clínicos:
 - Indicadores de proceso del servicio de SFT.
 - Indicadores de resultado del servicio de SFT.
- Económicos:
 - Análisis Coste-Efectividad.
- Humanísticos:
 - Años de vida ajustados por calidad de vida (AVAC).

Para abordar los objetivos del estudio principal de la primera fase, se ha previsto realizar una serie de intervenciones a diferentes niveles, que se describen a continuación:

- El Grupo de investigación con:
 - La formación de los Formadores Colegiales.
 - Los farmacéuticos en la prestación del servicio.
- Los Formadores Colegiales con:
 - La farmacia comunitaria: apoyo para la realización del proceso del servicio del SFT y la investigación, colaborando con los farmacéuticos titulares. Además se incluyen aspectos de la organización y gestión de la farmacia.

- El Farmacéutico con:
 - El Paciente: proceso e impacto clínico del servicio de SFT.
 - El Médico: proceso e impacto de la colaboración.

Una de las novedades que aporta **conSIGUE** para el desarrollo del servicio de SFT en la farmacia comunitaria es la figura del **Formador Colegial**. Se trata de un farmacéutico contratado por el COF de cada provincia participante, cuya función será facilitar la realización del servicio, tutelando, asesorando y sirviendo de nexo de unión entre los farmacéuticos comunitarios que realizan el SFT, el COF y el equipo investigador. Todo ello, supone la presencia del Formador Colegial en la farmacia comunitaria, ayudando al farmacéutico in situ. Además, el Formador Colegial actuará como un control necesario para la evaluación de los indicadores de proceso, que permitirán verificar que el servicio que se ofrece es sin duda el servicio de SFT.

1.2 Segunda fase del programa: “Implantación del servicio de SFT”

En la segunda fase del **programa conSIGUE**, se analizarán los resultados obtenidos en el estudio principal de la primera fase para aplicar definitivamente la estrategia de implantación del servicio. Es preciso aclarar que el objetivo de la implantación es alcanzar la provisión del SFT en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 20% de las farmacia españolas; entendiendo que todas las farmacias comunitarias deben tener la oportunidad de realizar (implantar) el servicio. Esta fase de implantación supondrá un intenso trabajo con los COF, por lo que se debería incorporar en sus estructuras colegiales la figura del Formador Colegial, pieza clave en el estudio principal, pero más importante, si cabe, en la fase de implantación del servicio.

En la actualidad, incluso antes de haber iniciado el estudio principal, ya hay dos estudiantes de doctorado realizando una revisión bibliográfica sobre la implantación de servicios a nivel internacional que está poniendo de manifiesto los diferentes problemas, y las posibles soluciones, a la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria. Una idea clave, consecuencia de esta revisión, es que el pago por el servicio, siendo previo y fundamental, no parece ser la solución. A modo de ejemplo se puede decir que el pago del servicio es algo así como una puerta que se debe abrir para dar paso a todo un proceso posterior, la implantación real y sostenible del servicio en la farmacia comunitaria.

El objetivo del presente informe consiste en presentar los resultados obtenidos en el estudio piloto de la primera fase del programa conSIGUE para, a partir de ellos, realizar un diseño científicamente riguroso y práctico a utilizar en el estudio principal.

2. Resultados importantes del estudio piloto, de dos meses de duración, en COF Cádiz

1. El grupo intervención utilizaba un mayor número de medicamentos (estadísticamente significativo), lo que indica que los farmacéuticos estaban seleccionando, para este grupo, pacientes más complicados que el grupo comparación.
2. En el grupo intervención, se redujo el número de medicamentos mientras que en el grupo comparación se elevó. La diferencia en el cambio del número de medicamentos utilizados, cuando éste se calcula sin ningún tipo de ajuste, se encuentra en el límite de la significación estadística con una $p=0,069$ ($-0,39$ vs $+0,10$). Cuando se ajusta en función del número de medicamentos basales, edad y sexo, la diferencia obtenida es de $-0,12$ que sigue siendo significativa ($p<0,05$).
3. Este tipo de resultado coincide con los que se han obtenido a nivel internacional lo que permite estimar que en el estudio principal, tras seis meses de provisión del servicio, se obtendrán cambios todavía mayores, con una media de reducción esperada entre uno y dos medicamentos por paciente.
4. Cuando se realiza una regresión lineal, reagrupando los pacientes en tres categorías en función del número de medicamentos que utilizan, se observa que a medida que se avanza hacia el grupo de más medicamentos la disminución obtenida es mayor, alcanzándose casi reducciones de un medicamento en pacientes que utilizan 11 o más medicamentos. Los pacientes que utilizan entre 5 y 7 medicamentos tienen una tendencia a aumentar el número de medicamentos.
5. Aunque la formación realizada no estaba dirigida a identificar y disminuir medicamentos inapropiados, se obtuvo una reducción de 0,12 medicamentos inapropiados por paciente en dos meses que duró el estudio piloto y en el grupo de intervención.
6. Los pacientes del grupo intervención tenían un número importante de problemas de salud con una media de 6,14. En ese grupo, aproximadamente la mitad de dichos problemas de salud no estaban controlados.
7. Más de la mitad de los casos no consiguieron ser controlados, independientemente de la atención sanitaria recibida a través del sistema. El servicio de SFT tiene un efecto positivo que puede contribuir al control de esos problemas de salud.

8. Una vez realizado el servicio de SFT, durante los dos meses del pilotaje, se mejoró el grado de control de los problemas de salud en un 12%.
9. El SFT es un servicio dirigido a mejorar el control del problema de salud al mismo tiempo que reduce el número de medicamentos que se utilizan, mediante la identificación, prevención y resolución de PRM (se obtuvo una media de 2,0/paciente) y RNM (se obtuvo una media de 1,5/paciente).
10. Se ha demostrado una clara relación entre el número de medicamentos que utilizan los pacientes y el número de RNM que presentan, obteniéndose un aumento de 0,131 RNM por medicamento adicional, con una $p=0,004$.
11. El 50% de los RNM identificados fueron de efectividad. Esto supone que se están gastando importantes sumas de fondos en medicamentos, que finalmente no son efectivos. Además, una tercera parte de los RNM lo fueron de seguridad, con lo que la farmacia que realiza el servicio de SFT está aplicando la filosofía de la actual política sanitaria (calidad, seguridad del paciente y uso racional de los medicamentos).
12. El farmacéutico realizó una media de, aproximadamente, dos intervenciones por paciente. 102 de las 292 intervenciones realizadas por el farmacéutico comunitario (35%), se refirieron a mejorar el cumplimiento, realizar educación en medidas no farmacológicas y asesorar en la forma de uso del medicamento. Todas ellas fueron intervenciones directamente dirigidas al paciente, lo que realmente contribuye a mejorar la calidad en el uso del medicamento.
13. Las farmacias de intervención ejercieron presión al sistema para que se disminuyera el número de medicamentos utilizados por los pacientes. La variabilidad identificada en las farmacias muestra que hubo farmacias tres veces más activas que otras.
14. La vía de comunicación predominante con el paciente fue la verbal, cara a cara, consecuencia de la propia colaboración que conlleva el servicio de SFT. Por tanto la realización del SFT contribuye a mejorar la interacción entre el farmacéutico y el paciente.
15. Con el médico, el farmacéutico utilizó diferentes tipos de estrategia de comunicación. Lo más importante fue que gracias al servicio de SFT estos dos profesionales de la salud colaboran, tratando de solucionar problemas específicos de pacientes que utilizan medicamentos.
16. El servicio de SFT ahorra dinero (7 euros al mes por paciente). Cuando el estudio tenga más duración y según los resultados de la literatura internacional, se podrá conseguir una disminución de uno o dos medicamentos por paciente, lo que supondría un ahorro de 15 a 30 euros por paciente y mes (180-360 euros/año).

17. Utilizando dos tipos de medida de calidad de vida se ha obtenido el mismo resultado: en dos meses, la calidad de vida de los pacientes del grupo intervención mejoró, mientras que la de los del grupo comparación disminuyó.
18. El Ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) de 3.128,94 se puede considerar un valor muy positivo.
19. El farmacéutico que realiza el servicio de SFT, además de ayudar al paciente individualmente, está contribuyendo a las políticas de ahorro liberando fondos que pueden ser utilizados en otros sectores de la sanidad de las CCAA. Al mismo tiempo, el farmacéutico comunitario se implica en las políticas de calidad, seguridad del paciente y uso racional de los medicamentos.
20. Los farmacéuticos comunitarios que reciben una formación holística, apropiada y bien orientada, con apoyo suficiente, como por ejemplo utilizando la figura del Formador Colegial, pueden realizar el servicio de SFT con efectividad y eficiencia, aunque para confirmar la magnitud del efecto obtenido en este piloto es necesaria la realización del estudio principal.

3. Introducción

El medicamento es la tecnología sanitaria más utilizada en la actualidad, lo que puede entenderse como un gran avance social. Los medicamentos disponibles son cada vez más numerosos, potentes y complejos. Este aumento de medicamentos disponibles conlleva una amplia utilización de los mismos por parte de los pacientes, ya que contribuyen a la mejora de su salud. En España, el gasto en el consumo de medicamentos superó los 14.000 millones de euros, lo que en 2009 supuso un 1,57 del PIB del Estado y el 20,0% del gasto sanitario². El gasto en medicamentos es de 13.148 millones de euros, lo que supone el 18,8% del gasto sanitario³.

A nivel internacional los diferentes gobiernos han adoptado distintas políticas y estrategias para mejorar tanto la calidad como el uso racional de los medicamentos a la vez que se sigue tratando de gestionar de la manera más eficiente el gasto en medicamentos.

Sin embargo, con el uso de medicamentos no siempre se logran resultados positivos en la salud de los pacientes, sino que en ocasiones la farmacoterapia falla, bien porque no alcanza el objetivo terapéutico buscado, o porque origina nuevos problemas de salud. Estos fallos de la farmacoterapia se denominan Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)^{4,5}. Los RNM suponen un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública^{6,7}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a todos los agentes sanitarios, de manera individual y en colaboración, a implicarse en el control y uso racional del medicamento⁸. Los farmacéuticos comunitarios como agentes sanitarios deben contribuir a mejorar la salud de la población a través del uso óptimo de los medicamentos. En este sentido, se hace necesario que los farmacéuticos se impliquen con el paciente a través de los servicios ofertados y se responsabilicen con su medicación, contribuyendo así a la resolución de este grave problema de salud pública, que son los Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM).

Atención Farmacéutica (AF), según Hepler y Strand⁹, es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. En esta misma línea, la OMS en el informe de Tokio de 1993, respalda la AF como responsabilidad básica del farmacéutico con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente, que debe ser implantado en todos los países, independientemente de su nivel socioe-

conómico¹⁰. La OMS establece que el farmacéutico, en el marco de la AF, debe cumplir funciones orientadas al paciente, como es el control de la farmacoterapia y a la comunidad, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. A partir de esta declaración de la OMS, la AF se propaga fuera de EEUU. El concepto de AF desarrollado es difundido y adaptado a nivel internacional, en diferentes grados de desarrollo e implantación en cada país¹¹. Hoy en día la AF se entiende como una filosofía de la práctica que se materializa mediante la provisión de servicios cognitivos^{12,13}. Actualmente, en numerosos países se ha realizado el desarrollo, evaluación e implantación de servicios muy similares al SFT para los que se ha conseguido el correspondiente pago por la realización del servicio. Este tipo de pago existe en países como Alemania, Australia, Canadá, los EEUU, Portugal, el Reino Unido y Suiza.

La difusión de la AF en España ha sido un objetivo comúnmente declarado por la profesión y por las administraciones públicas, como el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹⁴⁻¹⁶. Sin embargo, su implantación se ha ido demorando por múltiples causas, entre ellas, la falta de unidad en los mensajes ofrecidos por los expertos y las instituciones⁴. Con el fin de unificar conceptos, relacionar y clasificar las funciones del farmacéutico recogidas en la Ley de Regulación de Servicios de Oficinas de Farmacia 16/1997, en 2001 un grupo de expertos auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un Documento de Consenso sobre AF¹⁷. En 2004, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos convocó un grupo de debate denominado Foro de AF, constituido por todas las organizaciones representativas de la farmacia, incluido el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este grupo desarrolló el consenso anterior con un nuevo Documento publicado en enero de 2008, describiendo los tres servicios fundamentales de la AF⁴; la Indicación Farmacéutica, la Dispensación y el Seguimiento Farmacoterapéutico. Son muchos los apoyos ofrecidos para el desarrollo y difusión de la AF en España; el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Consejos Autonómicos de Colegios de Farmacéuticos, los Colegios (COF), las organizaciones y sociedades científicas y profesionales. Todos con un objetivo común, conseguir implantar los servicios de AF en la farmacia comunitaria.

3.1 El paciente mayor

Tanto la población nacional como la internacional se caracterizan por su progresivo envejecimiento. Según la II Asamblea Mundial del envejecimiento, actualmente existen en el mundo 600 millones de personas aproximadamente. Se estima que para el año 2050 esta cifra aumente a casi 2.000 millones, de modo que la población total de mayores crecerá significativamente. Globalmente, la proporción de individuos mayores de 60 años aumentará de un 10 a un 21%. Por otra parte, se estima que la proporción de niños disminuirá un tercio, pasando de un 30 a un 21%¹⁸. En España, en 2009, la población mayor de 65 años suponía casi el 17%.

El hecho de que la estructura por edad envejezca, plantea desafíos que se vuelven más complejos, dadas las características del proceso mismo. Hoy se vive más tiempo como consecuencia de las intervenciones higiénicas, sociales y médicas, pero este desarrollo ha tenido su precio, porque no todo es positivo. Resulta contradictorio que el avance económico y social se refleje en un incremento de la expectativa de vida, pero, a la vez, se agrega un acrecentamiento de las enfermedades crónicas degenerativas y de la dependencia personal y, con ello, un aumento de las demandas de los servicios públicos. A esto también se suman los errores en la utilización de los medicamentos (iatrogénicos), en los que la población de los mayores presenta un alto porcentaje, llegando a ocupar la séptima causa de muerte en países como Estados Unidos¹⁹.

Por todo ello es necesario, desde el punto de vista clínico, que todos aquellos profesionales de la salud que interactúan de una u otra forma con el paciente geriátrico, tengan conocimiento tanto de las proyecciones estimadas del envejecimiento poblacional, y de la gran demanda en salud que esto conlleva, como de todas las alteraciones fisiológicas que caracterizan a este grupo etario, y que lo diferencian del resto de la población, para que así se pueda realizar una atención médica e intervención farmacológica lo más segura y eficaz posible²⁰.

Con el paso de los años, se producen cambios fisiológicos y patológicos, que producen un deterioro orgánico y de los sistemas enzimáticos que puede conducir a una respuesta farmacológica alterada en el paciente mayor. Sin embargo, debido a las amplias diferencias interindividuales, a la naturaleza de estos cambios, y a menudo, a la presencia de varias enfermedades a la vez, no se puede establecer un esquema temporal del cambio de la respuesta a los fármacos en el paciente geriátrico. Por lo tanto, el empleo efectivo y seguro de los medicamentos en este colectivo, se convierte en un problema de individualización, en el que se deben tener en cuenta varios aspectos relacionados con la prescripción y el tratamiento²¹. Por ello es necesario conocer las numerosas variables de la farmacocinética y de la sensibilidad a los fármacos (farmacodinamia) que, en cada caso, pueden alterar la respuesta farmacológica del paciente geriátrico a los medicamentos²¹.

Respecto a los cambios farmacocinéticos que se generan en el paciente geriátrico, la absorción, distribución, metabolización y eliminación de los fármacos en el organismo se ven afectadas originando, en muchos casos, una alteración en la biodisponibilidad del fármaco. Por ello, las cantidades de fármacos administradas deben estar específicamente revisadas e individualizadas al paciente geriátrico, cobrando esto especial interés en los fármacos de estrecho margen terapéutico. En relación a los cambios farmacodinámicos asociados al paciente geriátrico, también se ve afectada la respuesta farmacológica consecuencia de la unión fármaco-receptor, debido a que en los ancianos, los receptores sufren una disminución en su número.

Todos estos cambios asociados al envejecimiento, son determinantes en la alteración de la respuesta farmacológica en el mayor, dificultando la toma de decisiones respecto a la iniciación de un tratamiento. A esto se debe agregar, que el paciente geriátrico suele presentar una serie de patologías, en su gran mayoría de tipo crónico, y la consecuente polifarmacia para el tratamiento de éstas, lo que hace aún más difícil determinar la farmacoterapia más adecuada para este grupo etario. Es ampliamente conocido que al aumentar el número de medicamentos prescritos, también lo hace la probabilidad de aparición de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), como son las interacciones entre fármacos o el riesgo de aparición de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)²².

Según un estudio realizado por Kurfees, en pacientes mayores de 60 años con polifarmacia, un 62% presentó potenciales interacciones medicamentosas, siendo el 27% categorizada como potencialmente peligrosas o serias²². Es necesario entonces, procurar el uso adecuado de los fármacos y la monitorización de éstos, no tan sólo por los posibles errores de medicación o interacciones farmacológicas, ya que también los pacientes pueden presentar otro tipo de RNM, como lo son las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM)²³.

Es importante destacar ciertos estudios que demuestran la alta probabilidad de aparición de Interacciones medicamentosas, a medida que aumenta el número de medicamentos utilizados, como los estudios realizados por Bjorkam y el Pharmaceutical Care of the Elderly en Europa, que demuestran que si un paciente recibe 5 medicamentos, existe una probabilidad de un 50% de que se produzca una interacción farmacológica clínicamente significativa. Y, cuando son 7 los fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%, señalándose además que en un 20% de ellos podrían aparecer manifestaciones de reacciones adversas severas²⁴.

En países desarrollados, entre el 4% y el 10% de todos los pacientes hospitalizados experimentan una reacción adversa al medicamento, principalmente debido al uso de la polifarmacia, especialmente en ancianos y en pacientes con enfermedades crónicas. En EEUU, por ejemplo, es la 4^a-6^a causa principal de muerte y se estima un coste de hasta 130 mil millones de dólares al año. En el Reino Unido se estimó el coste en 466 millones de libras esterlinas (aproximadamente 812 millones de dólares) en el año 2004⁸.

3.2 Polifarmacia y pluripatología en el mayor

Polifarmacia se define como el uso concomitante de varios fármacos, para el tratamiento de las diferentes patologías, que suelen ser numerosas en el mayor, a lo que se denomina Pluripatología. Es por esto que el término Polifarmacia, suele ser muy utilizado en el área de la clínica geriátrica, siendo considerado un factor de riesgo conocido de fallos de la farmacoterapia y aparición de RNM²⁵. De hecho, estudios

transversales han puesto de manifiesto que los mayores presentan un promedio de 3 enfermedades. Por otro lado, una revisión reciente de estudios realizados en diversos países muestra que los pacientes mayores de 65 años utilizan un promedio de 6 medicamentos prescritos, junto a de 1 a 4 medicamentos no prescritos²⁶.

Por tanto se puede afirmar que la pluripatología conlleva la utilización de un mayor número de medicamentos por parte de estos pacientes. De hecho en España, en 2009, más del 75% del gasto en medicamentos lo realizaba el colectivo de mayores de 65 años que sólo supone el 16,6% de los asegurados al Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, otros estudios demuestran que existe una relación directa en cuanto a la aparición de PRM y la prescripción inapropiada de estos²⁷. Esta relación disminuye considerablemente frente a un buen tratamiento farmacológico. En general, en el paciente geriátrico, la pauta terapéutica debe simplificarse al máximo, para así disminuir la probabilidad de PRM.

3.3 Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico

El Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)⁵, un servicio concreto de la Atención Farmacéutica (AF), es la actividad profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, especialmente en el caso de los médicos, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Se sabe que el uso de medicamentos a menudo genera problemas a los pacientes, entendiendo por problemas tanto la aparición de efectos no deseados, como los generados como consecuencia de no conseguir el efecto que se espera de ellos. El Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM, define PRM como aquéllas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM), los cuales son problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos⁵. Los RNM están entre las causas más frecuentes de las admisiones hospitalarias, siendo las reacciones adversas y los problemas derivados del incumplimiento del tratamiento los más comunes^{17,28}.

El Método Dáder es un método para la realización del servicio de SFT que se basa en la obtención de información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica²⁹. A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el “panorama” sobre la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos en el tiempo, así como evaluar los resultados de la farma-

coterapia. Como consecuencia de la evolución y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones farmacéuticas que se consideren oportunas para mejorar su estado de salud (ver Gráfico A).



Gráfico A. Esquema del proceso del servicio de SFT³⁰

4. Justificación del estudio

Los fallos de la farmacoterapia originan un coste en la salud de los pacientes y un coste en recursos sanitarios y sociales, lo que los convierten en un auténtico problema de salud pública de improrrogable solución^{6,7}. Por ello, la iatrogenia producida por la terapia farmacológica es un tema que preocupa al sector sanitario y a los gobiernos, consecuencia de las publicaciones realizadas sobre morbilidad y mortalidad relacionadas con la farmacoterapia³¹.

Estos problemas de salud asociados a la medicación se han puesto de manifiesto en una gran cantidad de trabajos de investigación, realizados sobre todo en los servicios de urgencias hospitalarios, destacando el hecho de que se ha demostrado que un elevado porcentaje (67,8%) de estas manifestaciones son evitables²¹. En febrero 2011 se ha publicado en España un estudio realizado en nueve hospitales señalando que uno de cada tres pacientes que acude al servicio de urgencias de un hospital lo hace por problemas provocados por la medicación que está tomando (35,7%) y el 81% de esos resultados podrían, además, haberse evitado³².

Las consecuencias de los RNM son costosas en términos de hospitalizaciones, visitas al médico, pruebas de laboratorio y terapéutica para tratarlos. Se estimó que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con medicamentos produjeron un gasto de 177,4 billones de dólares en el año 2000 en EEUU. El coste medio por cada tratamiento fallido fue de 977 dólares, y el coste ascendió a 1.488 dólares cuando se unió un tratamiento inadecuado y la aparición de un nuevo problema médico. Las admisiones hospitalarias generaron el 70% de los gastos (121,5 billones de dólares), seguido de las admisiones en centros de larga estancia, que constituyeron el 18% del gasto (32,8 billones de dólares)³³.

En un trabajo más reciente se calculó la prevalencia de visitas a urgencias atribuidas a daños no intencionados derivados del uso de medicamentos con los datos obtenidos de 63 hospitales de Estados Unidos que participaron en el *Nacional Electronic Injury Surveillance System-All Injury Program*. Estimaron que 27.753.656 personas acuden anualmente a urgencias y 1.754.210 ingresan por efectos negativos derivados del uso de medicamentos³⁴.

Los Problemas Relacionados con los Medicamentos y los consiguientes Resultados Negativos asociados a la Medicación deberían ser algo que de por sí, necesitan de la intervención de un profesional independiente³⁵.

El consumo de medicamentos no necesarios supone, sin duda, un importante gasto innecesario para el sistema sanitario público. Pero la polimedición en las personas mayores, como se ha reflejado con anterioridad, no viene unida sólo a un exceso en el consumo de medicamentos, sino a un aumento del riesgo de RNM. Y estos RNM, como también se ha comentado anteriormente, son problemas de salud que sufren los pacientes, que requieren una atención sanitaria adecuada para su resolución, generando con ello un importante gasto económico, aumentando los costes directos e indirectos que ha de soportar el sistema público de financiación.

Por todo ello, la función del farmacéutico comunitario se revela como básica en la búsqueda y mantenimiento de resultados positivos en salud y por tanto en el ahorro sanitario. Siendo una pieza clave para la gestión sanitaria los servicios incluidos en la AF.

La AF se encuentra muy avanzada en España desde un punto de vista estratégico, aunque su implantación está siendo lenta. La potenciación de los servicios cognitivos en la farmacia comunitaria la colocaría en su lugar como establecimiento sanitario a la vez que permitiría abordar los medicamentos como las tecnologías sanitarias que son, y no como meros productos comerciales³⁶. Además, es preciso recordar que los servicios farmacéuticos deben ser servicios sostenibles (para lo que es necesario un pago, y un sistema de gestión e implantación específicos)³⁷⁻⁴⁰.

Sin embargo, no es indispensable que todas las farmacias presten estos servicios, sino que los mismos deben entenderse como una opción alternativa más, que está disponible para todos los farmacéuticos^{37,41}. La decisión de implantar el servicio de SFT, u otros servicios, debe ser una decisión personal del farmacéutico titular porque en estos casos hay una mayor probabilidad de que los servicios se implanten y sean sostenibles⁴². El **programa conSIGUE** pretende demostrar que un segmento importante de la farmacia comunitaria puede ofrecer un servicio como el SFT. Un programa de este tipo ofrece la oportunidad de un desarrollo más profesional, integrado en la gestión de la farmacia, a la vez que apoya el actual modelo de farmacia⁴³⁻⁴⁶.

La implantación de servicios cognitivos (AF) y, en concreto, la realización del servicio de SFT a pacientes mayores polimedificados, se ha convertido en el centro de atención de las políticas del Gobierno Central y CCAA⁴⁷. Tanto el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad como el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos apoyan Foro de AF, cuyo Documento de Consenso (2008) es la base en el que se cimenta el **programa conSIGUE**^{4,17}. También es fundamental el apoyo de los COF tanto en lo referente a la formación de los farmacéuticos como en la tutela diaria a las farmacias participantes mediante la constitución de la figura del **Formador Colegial**.

5. Objetivos del estudio piloto

En este Informe se presentan los objetivos y resultados obtenidos en el **estudio piloto** de la primera fase del **programa conSIGUE**, incluyendo un informe sobre el programa de formación innovador, orientado a alcanzar el cambio de la práctica. A partir de ellos, se realizará un diseño científicamente riguroso y práctico a utilizar en el estudio principal.

5.1 Objetivo general

Evaluar la aplicabilidad del diseño del estudio principal de la primera fase del **programa conSIGUE** para alcanzar sus objetivos específicos:

1. Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos que utilizan los pacientes mayores polimedicados.
2. Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos inapropiados que utilizan los pacientes mayores polimedicados.
3. Determinar el impacto del servicio de SFT en el control de los problemas de salud de los pacientes mayores polimedicados.
4. Determinar el impacto del servicio de SFT en la identificación y resolución de los PRM y RNM.
5. Determinar el coste-efectividad del servicio de SFT realizado en la farmacia comunitaria y el impacto en resultados humanísticos.

5.2 Objetivos secundarios

Se han diseñado una serie de objetivos secundarios orientados a aspectos relacionados con el proceso del servicio de SFT:

1. Desarrollar un programa de formación del servicio de SFT para farmacéuticos comunitarios.
2. Diseñar herramientas e indicadores que permitan evaluar el impacto del servicio de SFT en el paciente.
3. Explorar la experiencia del farmacéutico que realiza el servicio de SFT durante el programa de formación.

4. Obtener el feedback sobre la prestación del servicio de SFT en las farmacias **conSIGUE** para identificar la percepción de los farmacéuticos acerca de:
 - Las áreas que dificultan la prestación de servicios.
 - Las áreas para mejorar el programa e implantar el servicio de SFT.

Estos objetivos secundarios son elementos de proceso (ver Anexo 2) muy importantes desde el punto de vista metodológico pero no se tendrán en cuenta a la hora de evaluar el impacto del servicio de SFT. Por tanto no se han incluido en este Informe.

6. Método

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada en noviembre de 2009.

Dado que este proyecto es el primero de este tipo que se realiza en España, ha sido diseñado y elaborado teniendo en cuenta las actuales tendencias y experiencias de otros países^{37-40,47,48}. Por ello, se creyó interesante realizar un estudio previo, un “pre-piloto” en dos provincias, en los COF de Granada (Diciembre 2009 – Enero 2010) y Murcia (Enero 2010 – Marzo 2010), en el que participaron un total de 30 farmacias, con una media de 4 pacientes por farmacia. En estas farmacias se puso en marcha el diseño planteado inicialmente para evaluar lo adecuado que eran los materiales, registros y demás herramientas preparadas inicialmente, así como la percepción de los farmacéuticos ante un servicio novedoso para ellos⁴⁹.

Con el fin de identificar áreas de mejora y posibles dificultades del **programa conSIGUE** en los dos pre-piloto se realizaron dos Grupos Focales en los que participaron 26 farmacéuticos. Por lo que el método de la Fase Piloto se ha diseñado teniendo en cuenta todos los cambios y sugerencias derivadas de los estudios pre-piloto^{37-40,47,48}, cuyos resultados se pueden encontrar en el Anexo 3.

6.1 Diseño del estudio piloto

El estudio piloto fue un cuasi-experimental con grupo comparación (Gráfico B). Para los objetivos principales se utilizó una metodología cuantitativa y para los objetivos secundarios una metodología cualitativa.

Metodología cuantitativa

En este proyecto piloto se ha utilizado un análisis antes y después de la intervención, ya que el periodo de estudio fue de aproximadamente 2 meses y por tanto sólo se recogió información en 2 puntos en el tiempo.

Para la consecución de los objetivos en el estudio principal, que durará 6 meses, se utilizará como método estadístico el análisis de series temporales (*Time series analysis*)⁵⁰. Estos diseños incluyen múltiples observaciones a través del tiempo que se “interrumpen” normalmente como consecuencia de una intervención o tratamiento. Este tipo de series incluye también una fase pre y post intervención. Las series pue-

den modelarse utilizando múltiples pruebas t, análisis de varianza y análisis de medidas repetidas⁵¹.

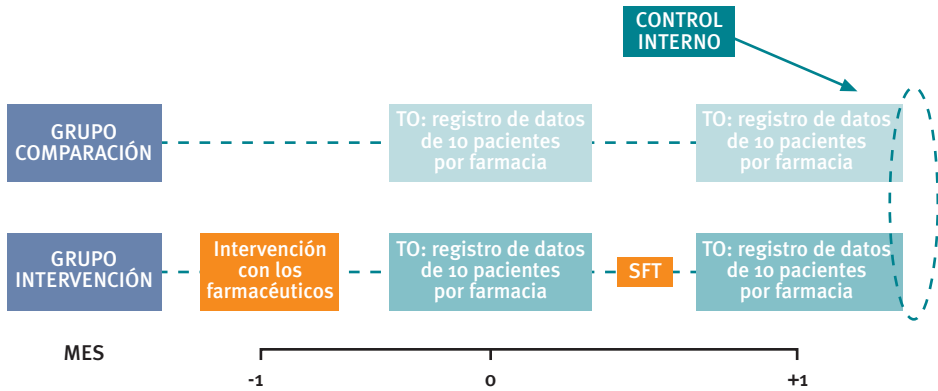


Gráfico B. Diseño de investigación de la fase piloto.

Metodología cualitativa

El método de obtención de información para el estudio cualitativo fue la realización de Grupos Focales. Un Grupo Focal es una técnica de investigación cualitativa cuyo objetivo es la obtención de información variada, mediante la organización de una reunión grupal. Consiste en una reunión formada por un número reducido de personas que, guiados por un moderador y un observador, permite obtener una gran cantidad de información, rica y variada, sobre el tema objeto de estudio en muy poco tiempo. Mediante esta metodología es posible explorar las percepciones y vivencias de los participantes, en este caso, sobre su participación en el **programa conSIGUE** abordando diferentes aspectos como problemas identificados y aspectos positivos.

6.2 Ámbito de estudio

En el estudio piloto participaron 15 farmacias para el grupo intervención y 15 para el grupo comparación de una única provincia de Andalucía: Cádiz. Las farmacias participantes fueron seleccionadas por el COF de Cádiz. Tras la aprobación de participación en el proyecto por parte de la junta directiva del COF, el Presidente del mismo envió a los farmacéuticos candidatos una carta informando sobre el proyecto. Además el COF realizó charlas informativas para captar la atención de las farmacias, ofreciendo un breve resumen de los objetivos del proyecto.

Los requisitos para participar en el piloto fueron:

- Disponer de un espacio físico suficiente para la prestación del servicio (zona de atención personalizada – ZAP).

- Disponer de farmacéuticos que asistieran a las sesiones de formación establecidas.

6.3 Ámbito temporal

El estudio piloto se realizó en Cádiz durante los meses de Marzo a Junio de 2010. Los farmacéuticos pertenecientes al grupo de intervención realizaron el servicio de SFT durante dos meses.

6.4 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes habituales de las farmacias participantes que, en la medida de lo posible, fuesen atendidos por médicos conocidos por el farmacéutico.

Criterios de inclusión

- Pacientes con 3 meses de historia de utilización del medicamento.
- Pacientes de ambos sexos con 65 años o más.
- Polimedicados (5 o más medicamentos).
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes autónomos (no dependientes). Cada paciente debía completar un AVAC (años de vida ajustados por calidad) al menos en dos momentos del tiempo del estudio.
- Pacientes habituales de la farmacia comunitaria.

6.5 Diseño muestral

Los farmacéuticos participantes en el estudio seleccionaron 10 pacientes por muestreo de conveniencia, con el objetivo de facilitar tanto la participación de los pacientes en el estudio como las intervenciones que debería realizar el farmacéutico durante la provisión del servicio.

6.6 Intervenciones

6.6.1 Intervención farmacéutico-paciente

La intervención entre el farmacéutico y el paciente consiste en realizar el proceso de servicio de SFT. Para asegurar la realización correcta de la intervención se realizó, previo al trabajo de campo, el entrenamiento de los farmacéuticos del “grupo intervención” en la fase de formación (ver página 15).

Los farmacéuticos pertenecientes al grupo de intervención prestaron el servicio de SFT cumpliendo las siguientes etapas:

- Oferta del servicio: Reclutaron a 10 pacientes para la provisión del servicio SFT.
- Análisis de la situación: Recogieron la información del paciente, (que incluye, entre otras: los problemas de salud; el número, tipo y pauta de medicamentos utilizados; los indicadores clínicos; los años de vida ajustados por la calidad (AVAC) (ver Anexo 4) y con su estudio, utilizando herramientas habituales en la farmacia como Bot PLUS, evaluaron la farmacoterapia del paciente identificando los posibles PRMs y RNMs.
- Plan de actuación: En base al análisis realizado de la situación del paciente, plantearon y llevaron a cabo intervenciones con el médico y/o el paciente, para prevenir o resolver los posibles RNMs identificados en el paciente.
- Evaluación y seguimiento: Comprobaron la aceptación de las intervenciones (por parte del médico y/o el paciente), registraron la evolución de los posibles RNMs detectados y recogieron por segunda vez la información sobre los problemas de salud, medicamentos y AVAC.

Para la resolución de dudas y la supervisión del proceso del servicio de SFT se proporcionó un asesoramiento continuo durante todo el trabajo de campo, mediante una figura clave; **los Formadores Colegiales**. Se trata de farmacéuticos que trabajan en el COF y que fueron formados por el grupo de investigación. Su papel consistió en asesorar y servir de nexo entre los farmacéuticos participantes y el equipo investigador (ver Anexo 5).

En reconocimiento a su participación, los farmacéuticos recibieron **5,6 créditos** del programa de formación continuada por el proceso formativo en que han participado, a través de la Comisión de Formación continuada del Ministerio de Educación y Ciencia de la CCAA Andaluza.

Los farmacéuticos participantes en el grupo comparación, debían reclutar a 10 pacientes para el estudio y registrar la siguiente información:

- Número, tipo y pauta de medicamentos utilizados.
- Edad y sexo del paciente.
- Años de vida ajustados por la calidad (AVAC).

En reconocimiento a su participación, los farmacéuticos del grupo comparación tuvieron la oportunidad de formarse posteriormente en el servicio de SFT, tras finalizar la fase piloto.

6.6.2 Intervención del Grupo de Investigación con el farmacéutico

A nivel de la intervención entre el grupo de investigación y el farmacéutico, se ha realizado la formación de los farmacéuticos de la siguiente manera.

- Tres días de formación con un total de 13 horas, impartida por el equipo investigador^{49,52}.
- Apoyo in situ por parte del **Formador Colegial** (ver Anexo 5).
- Apoyo especializado por parte del equipo investigador bajo demanda (por ejemplo, consejo clínico mediante e-mails o contacto telefónico).
- Sesiones clínicas organizadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

En cuanto al contenido de esta formación, la experiencia internacional ha permitido medir el impacto de diferentes servicios y concluir que la implantación de un servicio es más efectiva cuando el cambio de práctica en la farmacia comunitaria se aborda de una manera holística. Para la creación del manual de formación, se ha reunido toda la información publicada y extraída de la experiencia del equipo investigador a nivel internacional, relacionada con el impacto y la implantación de servicios cognitivos en farmacias comunitarias, con el objetivo de destacar aquellos aspectos clave para el desarrollo de un programa que permita evaluar el impacto del servicio de SFT en el ámbito de la farmacia comunitaria española. De hecho una de las características del diseño de **conSIGUE** es utilizar agregadamente toda la información obtenida en los últimos años en los diferentes estudios de investigación nacionales e internacionales, utilizando todos los materiales existentes en España.

Numerosas investigaciones han mostrado a su vez que la formación impartida de forma aislada, no es el método más efectivo para respaldar un cambio^{53,54}. Esta formación usada conjuntamente con un apoyo en la farmacia (a través de visitas a la misma por una persona facilitadora del servicio como es el Formador Colegial) y asistencia permanente disponible vía telefónica o por e-mail, puede favorecer la implantación del servicio y hacer que ésta sea más efectiva. El Formador Colegial, empleado y financiado por el COF, se encargó de la formación y asesoría in situ, es decir en las propias farmacias que realizaron el servicio de SFT, tratando de solucionar todo tipo de problemas que surgieron, desde la captación de pacientes hasta la comunicación con el médico, pasando por la resolución de los diferentes casos clínicos que se plantearon o la cumplimentación de los formularios necesarios para el estudio. Cada Formador Colegial dependía del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia (en este caso de Cádiz). Esta figura tiene una importancia vital, y de hecho desde **conSIGUE** se espera que en el futuro adquiriera una presencia en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos parecida a la que hoy tienen los farmacéuticos que trabajan en los Centros de Información de Medicamentos (CIM)⁵⁵.

La formación y el contenido del manual están divididos en varios temas y capítulos.

- **Impacto político:** es importante que los farmacéuticos, incluyendo los titulares, tengan un conocimiento de la situación política para que sepan que el proyecto tiene el apoyo de la Organización Farmacéutica Colegial, particularmente del COF provincial y del Consejo General. Además, se les informó que el pro-

yecto coincide con la política sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de la Consejería de Salud de las CCAA. El hecho de que el proyecto cuente con estos apoyos y presente los objetivos mencionados anteriormente, generó confianza en los farmacéuticos para participar en el proyecto y hacerlo de una forma más rigurosa. Las investigaciones en este campo han demostrado que uno de los facilitadores para cambiar la práctica de los farmacéuticos, es desarrollarse profesionalmente en una dirección apoyada tanto por los COF como por el Consejo^{37,56,57}. Para realizar esta formación se utilizan ejemplos del desarrollo de la situación política acontecida en otros países. Por último añadir, que existe suficiente evidencia a nivel internacional para afirmar que la obtención del apoyo de las organizaciones de médicos es un punto crítico para poder implementar servicios cognitivos.

- **Gestión de la farmacia:** las investigaciones más recientes en este campo, muestran que para implantar servicios cognitivos (y medir su impacto en la población), el titular debe tomar la decisión estratégica de integrar la realización de dichos servicios en la gestión global de la farmacia⁴². Además deben disponer de suficiente información acerca de los factores más importantes de la organización de su farmacia para poder realizar el cambio, de un negocio orientado únicamente a la venta de productos a un negocio que incluye la provisión de servicios⁴¹. Por último, se formó a los farmacéuticos en métodos para poder calcular la rentabilidad de los servicios ofertados. Para ello se utilizan ejemplos de la gestión de aquellas farmacias que a nivel internacional realizan servicios cognitivos recibiendo pago por ellos^{58,59}. El punto clave de esta área es que no basta con el pago por el servicio, sino que éste se debe integrar en la gestión de la farmacia para que se realice de una manera sostenible en el futuro^{37-39,60}.
- **Clínica:** esta área de la formación cubrió la parte más relevante de las características clínicas de los pacientes objeto de estudio en este proyecto: los mayores polimedicados. El punto fuerte de esta formación es que no se basa únicamente en aspectos teóricos, sino que consta de una parte práctica mayoritaria, aplicando los conocimientos adquiridos en situaciones reales a las que el farmacéutico tendrá que hacer frente cuando realice el servicio de SFT a sus pacientes. Además se realizaron casos prácticos aplicando aquellos recursos disponibles normalmente en la farmacia⁶¹, como por ejemplo Bot PLUS⁶².
- **Proceso:** se enseña un método para realizar el servicio de SFT basado en el Método Dáder simplificado²⁹ y el empleo de Bot PLUS. La importancia aquí radica en que se le proporciona flexibilidad al farmacéutico para aplicar el método, de forma que cuente con mayor comodidad a la hora de aplicar el servicio. Utilizando este tipo de formación sabemos que existirá variabilidad de unos farmacéuticos a otros. Para poder identificar dicha variabilidad se utilizaron indicadores de proceso del servicio de SFT. Desde el programa **conSIGUE** se considera que el objetivo principal de

esta formación es que el farmacéutico logre hacer el servicio de SFT a sus pacientes, en vez de centrarse mayoritariamente en aspectos teóricos que no consiguen cambios de comportamiento necesarios para realizar el servicio de SFT.

- **Cambio de comportamiento:** esta formación está compuesta por dos áreas distintas. Por un lado la intervención farmacéutico-paciente y por otro la intervención farmacéutico-médico⁶³⁻⁶⁵. La intervención farmacéutico-paciente se basó en la interacción entre ambos en las distintas etapas del servicio de SFT y en cómo lograr estrategias que mejoren la comunicación entre ellos. La intervención farmacéutico-médico trató de abordar las distintas vías de comunicación con el médico además de poner en práctica diversas estrategias para lograr una colaboración entre ambos.

6.7 Análisis estadístico

Todos los datos fueron analizados con el programa PASW versión 18.0. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana desviación típica y rango) para las variables cuantitativas y las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Posteriormente para evaluar el cambio en las variables resultado se utilizó la prueba de t student para muestras independientes para las variables cuantitativas, utilizando un nivel de significación de 0,05. Finalmente para el control de los posibles factores de confusión, se realizó un análisis de regresión lineal ajustando el modelo por las posibles variables confusoras. Se estableció un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

6.8 Análisis de proceso

Una importante limitación detectada en la literatura científica publicada hace referencia a la falta de inclusión de indicadores de proceso en la medida de la intervención. Esta falta de indicadores puede originar cierta variabilidad que ha sido puesta de manifiesto en una revisión realizada recientemente⁶⁶. Por ello, con el objetivo de asegurar que el servicio de SFT se realiza de una manera estructurada y sistemática, en el presente trabajo se han incluido varios indicadores de proceso. Todos los indicadores de resultado fueron registrados por el farmacéutico durante la realización del proceso del servicio. Además de las citadas, se calculó y realizó una comparación del número de intervenciones del farmacéutico aceptadas por el médico y una comparación de las intervenciones aceptadas por el paciente.

6.9 Definiciones operacionales

En el ámbito de la investigación de servicios cognitivos, existe una terminología concreta que es preciso definir para una mayor comprensión de este texto:

- **Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT):** “Es el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.”⁴
- **Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM):** Aquellas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos. No se ha establecido una clasificación concreta para el término PRM. Foro AF propone el siguiente listado, no exhaustivo ni excluyente, de PRMs⁴:
 - Administración errónea del medicamento.
 - Características personales.
 - Conservación inadecuada.
 - Contraindicación.
 - Dosis, pauta y/o duración no adecuada.
 - Duplicidad.
 - Errores en la dispensación.
 - Errores en la prescripción.
 - Incumplimiento.
 - Interacciones.
 - Medicamento no necesario.
 - Otros problemas de salud que afectan al tratamiento.
 - Probabilidad de efectos adversos.
 - Problema de salud insuficientemente tratado.
 - Otros.
- **Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM):** “Problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos”⁴. La identificación de los RNMs implica necesariamente la utilización de variables clínicas (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte)²⁹. Foro AF divide los RNMs en tres categorías, que a su vez se desdoblán en dos⁴:
 - *Necesidad:*
 - Una necesidad de medicamento (problema de salud no tratado).
 - Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario).
 - *Efectividad:*
 - Una ineffectividad no cuantitativa.
 - Una ineffectividad cuantitativa.

- *Seguridad:*
 - Una inseguridad no cuantitativa.
 - Una inseguridad cuantitativa.
- **Medicación inapropiada:** Medicamentos cuyo uso en ancianos se considera que presentan más riesgos que beneficios⁶⁷. Existe una variedad de métodos para identificar los medicamentos inapropiados. Entre ellos se incluye el uso de listados explícitos, elaborados por grupos de expertos, de medicamentos considerados como inapropiados (Beers, criterios STOPP), e índices de medicación inapropiada (Medication Appropriateness Index). En el estudio piloto de **conSIGUE** se han utilizado los criterios de Beers²⁷ como medida validada de la medicación inapropiada, ya que el objetivo era únicamente medir el cambio en el número de medicamentos inapropiados del paciente. Sin embargo, se reconoce, por parte del equipo de investigación, la necesidad de analizar en profundidad las posibles diferencias derivadas del uso de las otras herramientas encontradas en la literatura (STOPP, MAI).

Las variables que se miden en el estudio **conSIGUE** como indicadores de resultado del impacto clínico, humanístico y económico son: control del problema de salud^a, RNMs, número de medicamentos, medicamentos inapropiados, años de vida ajustados por calidad (AVAC), y coste-efectividad del servicio de SFT. Además, se registran variables independientes relacionadas con el paciente, el farmacéutico y el proceso del servicio de SFT. En el Anexo 1 se proporciona un listado detallado de todas las variables.

6.10 Estudio Farmacoeconómico

6.10.1 Estimación del coste

El coste de todo el proceso de intervención se estimó siguiendo la metodología de coste por actividades ABC (*activity based costing*)^{68,69}. Esta metodología asigna los costes en la manera en la que se originaron realmente, de forma que el coste total resulta de la sumatoria del coste de cada una de las actividades que constituyen el servicio de SFT.

Para cada fase del servicio, se registró como coste de actividad exclusivamente el tiempo del farmacéutico empleado en realizar cada fase (en minutos):

- Duración del proceso del servicio de SFT. El tiempo ha sido una estimación para las diferentes etapas del proceso que los farmacéuticos participantes han ido anotando a medida que realizaban el servicio.

^a Las diferencias entre los PS no controlados y los RNM se deben a que cuando se validaron los registros se observó una tasa significativa de registros con información insuficiente para ser evaluados en cuanto a su validez y fiabilidad.

- Medicación del paciente. Se registró la medicación de los pacientes en la fase inicial y tras la intervención, con el objeto de registrar todos los cambios de medicación que pudiesen producirse a lo largo del estudio piloto durante dos meses (en el estudio principal este periodo de tiempo será de seis meses).

6.10.2 Calidad de vida a partir de los Años Ajustados por Calidad (AVAC)

La medida de resultados en salud que se ha considerado evaluar desde un punto de vista farmacoeconómico es: la calidad de vida, a partir de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC).

Los AVAC se obtienen multiplicando los años de vida por la calidad de vida del paciente. Por tanto, en primer lugar, para la evaluación de la calidad de vida de todos los pacientes en el estudio, se les administró el cuestionario de salud auto percibida EuroQol-5D (EQ-5D).

El EQ-5D describe el estado de salud con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. Estos valores se utilizan para calcular la tarifa inicial, la tarifa final y el AVAC. A partir de este cuestionario se obtiene un perfil de salud y un único índice sobre la calidad de vida relacionada con la salud⁷⁰. El valor 1 representa el máximo nivel de salud mientras que los resultados negativos suponen la situación opuesta. El EQ-5D se administró a los sujetos del estudio al principio y al final de la intervención. También consta de una Escala Visual Analógica (ver Anexo 4) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100).

6.10.3 Análisis Coste-Efectividad

El Análisis Coste-Efectividad compara alternativas en las que los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud en unidades físicas⁷¹⁻⁷⁴. Estos resultados se pueden clasificar en resultados intermedios derivados del propio proceso de intervención (número de vidas salvadas, o casos detectados de una determinada patología) o bien pueden ser resultados finales (años de vida). Para el análisis del estudio piloto se han utilizado los AVAC, medidos al inicio y al final de la intervención. En el estudio principal se ha decidido añadir el número de problemas de salud controlados, una medida de resultado intermedio clínicamente relevante y que represente un objetivo terapéutico de la intervención.

Para cada grupo se calculó un promedio del coste y la efectividad. El coste de los medicamentos tanto en el inicio como al final, se calculó analizando los medicamentos que los pacientes tenían prescritos en ambos momentos y utilizando el código

nacional en Bot PLUS, se calculó su PVP. Asimismo se ha calculado el coste incremental. Los resultados finales de este análisis se han expresado en términos de Ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) que se expresa de la siguiente forma, donde PHD significa Patrón habitual de Dispensación.

$$RCEI = \frac{Coste_{SFT} - Coste_{PHD}}{Efectividad_{SFT} - Efectividad_{PHD}}$$

Es decir, el RCEI se calcula dividiendo la diferencia entre los costes medios de ambos grupos por la diferencia de los AVAC medios en ambos grupos.

7. Resultados

En el estudio piloto participaron 15 farmacias del grupo intervención y 15 farmacias del grupo comparación. Se reclutaron inicialmente un total de 265 pacientes. En el análisis de datos, 4 pacientes del grupo comparación y 1 paciente del grupo intervención fueron excluidos por no cumplir alguno de los criterios de inclusión del estudio, tener más de 65 años y utilizar 5 o más medicamentos. Como consecuencia, la muestra utilizable fue de 260 pacientes: 122 en las farmacias del grupo comparación y 138 en el grupo de intervención.

En cuanto a la edad, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos comparación e intervención. En la Tabla A se resumen las características socio-demográficas de la población de la muestra utilizable.

Tabla A. Descripción de la muestra de pacientes en el piloto.

	Grupo comparación	DE	Grupo intervención	DE	P
Número de pacientes	126		139		
Media de pacientes por farmacia	8,40	2,59	9,27	1,10	
Pacientes excluidos	4 ^b		1 ^c		
Muestra utilizable	122		138		
Muestra SFT			116		
Media de edad	74 (n=115)	6,09	73 (n=135)	6,81	0,129

Se define muestra utilizable como la constituida por aquellos pacientes de los que se obtuvieron algunos datos, aunque no completos. La muestra SFT está constituida por aquellos pacientes a los que se les encontró un RNM o realizó una intervención con datos completos a visita 1 y visita 2.

En la Tabla B se muestran las características sobre el género de los participantes que muestran características similares.

A continuación, se presenta un resumen (Tabla C) de los resultados obtenidos para las principales variables del estudio; número de medicamentos, número de medicamentos inapropiados, control del problema de salud, RNMs, PRMs, e intervenciones.

^b Pacientes con menos de 5 medicamentos y menos de 65 años.

^c Pacientes con menos de 5 medicamentos.

Tabla B. Características sobre el género de los participantes.

Género	Grupo comparación		Grupo intervención	
Hombres	47	38,52%	57	41,30%
Mujeres	73	59,84%	80	57,97%
Perdidos	2	1,64%	1	0,72%
TOTAL	122	100%	138	100%

Tabla C. Media y cambios en el número de Medicamentos en ambos grupos.

	Grupo comparación	DE	Grupo intervención	DE	P
Media de medicamentos en VISITA 1	7,75 (n=122)	2.40	8,93 (n=138)	2,75	0,000
Media de medicamentos en VISITA 2	7,80 (n=117)	2.44	8,84 (n=116)	2,59	0,002
Media de medicamentos en VISITA 1 en paciente con intervención durante SFT			9,23 (n=116) ^d	2,75	
Media de medicamentos en VISITA 2 en paciente con intervención durante SFT			8,84 (n=116) ^f	2,60	0,000
CAMBIO (sin ajustar)	+0,10 (n=120)	1,10	-0,39 ^e (n=116)	1,05	0,069 ^f
CAMBIO (ajustado por grupo)			-0,49	0,01	
CAMBIO ajustado por número basal de medicamentos, edad y sexo			-0,12	<0,05	

La diferencia entre los cambios en el número de medicamentos encontrados entre el grupo comparación y al grupo intervención muestra una clara tendencia hacia la significación estadística. En el grupo de intervención se perdieron 21 pacientes ya que no se les realizó una segunda visita. En los 116 pacientes en los que hubo una intervención, el número de medicamentos disminuyó significativamente al comparar la visita 1 y la visita 2, de 9,23 a 8,84 ($p=0,000$). Cuando se compara el grupo intervención con el grupo comparación, se observa una disminución de $-0,39$ en el grupo de intervención respecto al grupo comparación ($p=0,069$).

^d Los pacientes en los que se encontraron RNMs o se realizó una intervención, con datos completos a visita 1 y visita 2.

^e No ajustado: t-test para muestra independiente.

^f t-test para muestra independiente.

Cuando se ajustan los resultados en función del grupo, la disminución es de casi medio medicamento (-0,49). Una vez ajustados los datos por el número de medicamentos al inicio (basal), se obtuvo una reducción media de -0,12 medicamentos, lo que representa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la primera y la segunda visita.

Los 55 pacientes (Tabla D) analizados en realidad son una sub-muestra dentro del grupo intervención. Se eligió entre los pacientes que mostraron cambios en el número de medicamentos una vez realizada la intervención farmacéutica. Se produjo una disminución en la media de medicamentos inapropiados en las fases pre y post SFT de 0,12 (DE: 0,474), $p = 0,051^i$.

Tabla D. Grupo de intervención. Resumen de diferentes medias de variables.

Variable	Número de pacientes	Media	DE
Media de medicamentos inapropiados en VISITA 1	55	0,65	0,82
Media de medicamentos inapropiados en VISITA 2	55	0,53	0,69
Media de problemas de salud en VISITA 1	138	6,14	2,37
Media de problemas de salud en VISITA 2	116	5,91	2,19
Media de riesgos de problemas de salud en VISITA 1	88	0,94	0,83
Media de riesgos de problemas de salud en VISITA 2	70	0,94	0,95
Media de problemas de salud controladas ^g en VISITA 1 ^h	130	3,03	1,87
Media de problemas de salud controladas ^g en VISITA 2	111	3,46	2,03
Media de RNMs	105	1,45	1,26
Media de riesgos de RNMs	41	0,53	0,87
Media de PRMs	125	2,05	1,45
Media de intervenciones	123	1,85	1,23

Los pacientes del grupo intervención tienen muchos problemas de salud (media = 6,14), de los que de alguna manera, la mitad están controlados. En los 116 pacientes a los que se realizaron dos visitas, se identificó una media de 1,45 RNM y 2,05 PRM. Durante el periodo del pilotaje se produjeron una media de 1,85 intervenciones farmacéuticas.

^g El control de un problema de salud fue evaluado por los farmacéuticos según la percepción del paciente, la percepción del farmacéutico o parámetros clínicos.

^h Las diferencias entre los PS no controlados y los RNM se deben a que cuando se validaron los registros se observó una tasa significativa de registros con información insuficiente para ser evaluados en cuanto a su validez y fiabilidad.

ⁱ Prueba t student para muestra emparejadas.

7.1 Objetivo 5.1.1: Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos que utilizan los pacientes mayores polimedicados

Los pacientes incluidos en el piloto utilizaban un mínimo de 5 medicamentos y un máximo de 20 medicamentos. En el Anexo 6 se detallan los grupos terapéuticos (nivel 2 de la clasificación ATC) de los medicamentos utilizados por los pacientes en la visita 1. La Tabla C muestra las medias del número de medicamentos en ambos grupos en visita 1 y visita 2.

En el Gráfico C se muestran los cambios de esta variable en función del número inicial (basal) de medicamentos del paciente; disminución, ausencia de cambios o aumento del número de medicamentos en la visita 2.

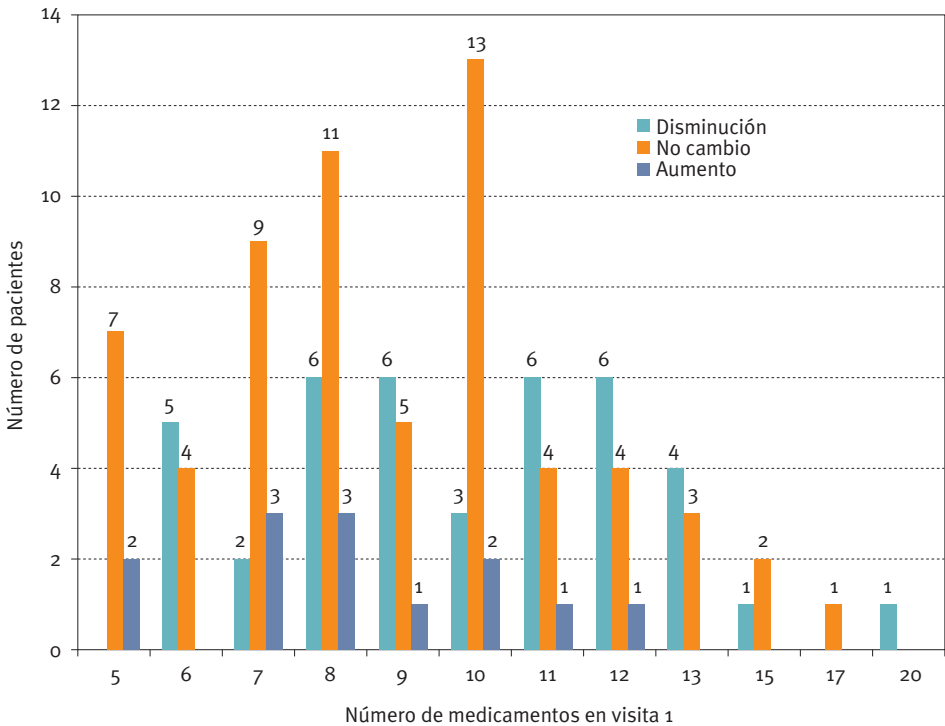


Gráfico C. Grupo intervención: Relación entre el cambio en el número de medicamentos en la visita 2 y el número de medicamentos inicial.

En el grupo intervención no se detectaron cambios en el número de medicamentos en 63 de los 116 pacientes. En 40 pacientes se obtuvo una reducción del número de medicamentos, que osciló entre 1 y 4 medicamentos menos. Disminuyó un medicamento en 24 casos, dos medicamentos en 11 ocasiones, tres medicamentos en 4

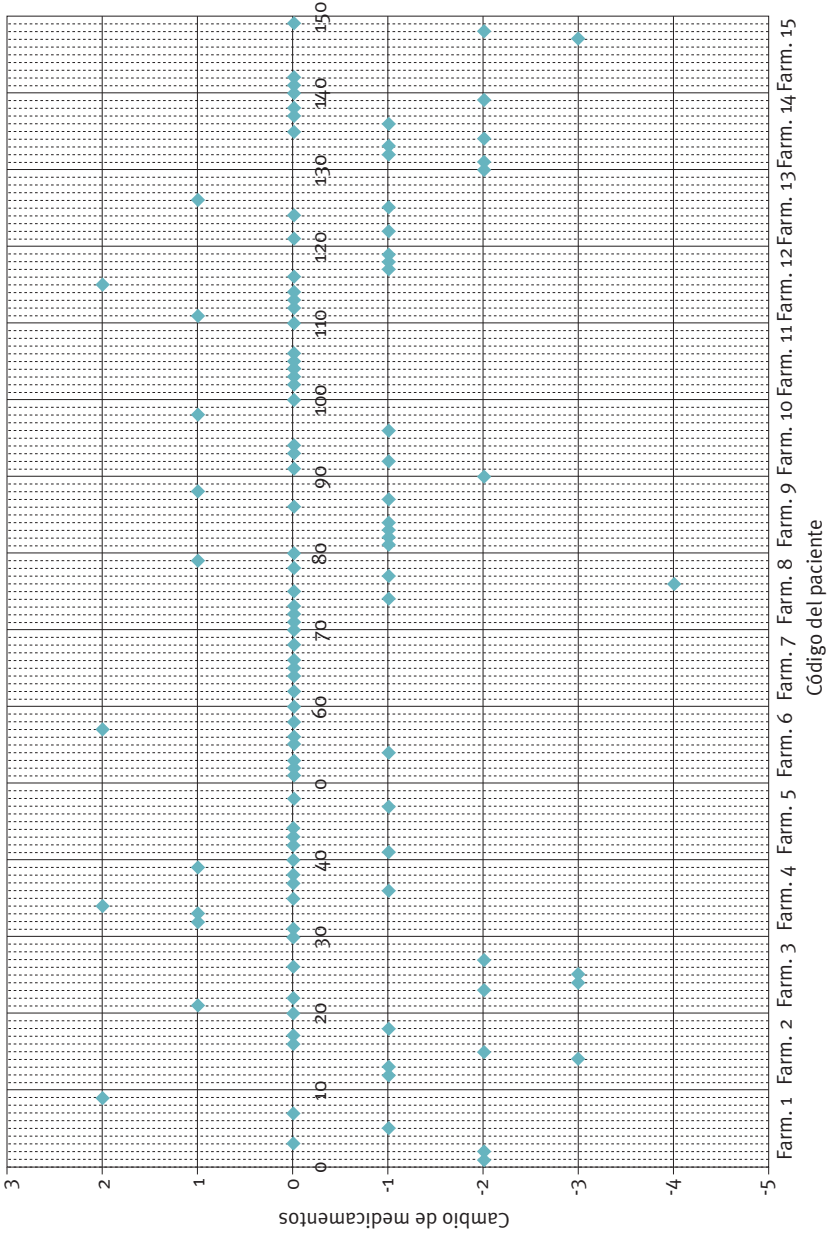


Gráfico D. Grupo intervención: Distribución de los pacientes y las farmacias en función del cambio en el número de medicamentos.

casos y en 1 paciente se redujeron 4 medicamentos. En 13 pacientes se produjo un aumento en el número de medicamentos, con 9 pacientes con un aumento de uno y el resto de dos. En pacientes que tomaban trece medicamentos o más en visita 1, no se experimentaron grandes cambios.

Es preciso tener en cuenta que el farmacéutico sólo llevó a cabo el servicio de SFT durante dos meses por lo que en muchas ocasiones la intervención realizada no había finalizado en el momento en que se concluyó el estudio piloto por falta de tiempo. Además es preciso señalar que en algunos pacientes en los que el número total de medicamentos no había sufrido modificaciones sí se realizaron intervenciones con sustituciones en los medicamentos cambiando el tipo de medicamento aún cuando el número hubiera permanecido inalterado (ver Gráfico D). En este Gráfico cada columna representa una farmacia individual con 10 pacientes lo que permite observar la variabilidad entre farmacias. Hay dos farmacias (pacientes de 60 a 70 y de 100 a 110) en las que no se ha producido ningún cambio en el número de medicamentos de ninguno de sus pacientes. En otras tres farmacias (pacientes 40 a 50, 130 a 140 y 140 a 150) tan sólo se ha producido disminución en el número de medicamentos en los pacientes que han sufrido modificaciones en el número de medicamentos. Sin embargo, la mayoría de las farmacias ha tenido pacientes sin cambios en el número de medicamentos junto a otros con aumento y disminución en dicho número. Esto mismo se puede observar con más detalle en la Tabla F.

En los pacientes del grupo comparación, se obtuvo una reducción media con los datos ajustados por el número de medicamentos al inicio, de 0,10 (Gráfico E).

En el grupo comparación no se detectaron cambios en el número de medicamentos en 77 de los 117 pacientes. En 17 pacientes se obtuvo una reducción del número de medicamentos, que osciló entre uno y cuatro medicamentos menos; en 9 casos la disminución fue de un medicamento, en 7 fue de dos mientras que en 1 paciente la disminución fue de cuatro medicamentos. En 23 pacientes se produjo un aumento en el número de medicamentos. El aumento fue de un medicamento en 16 pacientes, en 4 pacientes de dos, en 2 pacientes se produjeron aumentos de tres medicamentos y en 1 se llegó a un aumento de 4 medicamentos (Gráfico F). Es interesante señalar que se registraron incrementos en el número de medicamentos en pacientes que en la primera visita ya utilizaban un número importante de ellos (hasta 9). Estos resultados resultaron ser estadísticamente significativos ($p < 0,05$) mostrando que la mayor cantidad de cambios se realizaron en el grupo de intervención, y que además estos cambios se orientaron en una mayor medida a disminuir el número de medicamentos siendo menos frecuentes los aumentos.

Para el análisis del cambio en el número de medicamentos en el grupo comparación e intervención se recategorizó el número de medicamentos en la visita 1 en tres grupos –bajo, medio y alto–. La regresión lineal de estas variables mostró la tendencia de cambio de número de medicamentos de cada grupo y en cada categoría (Tabla E).

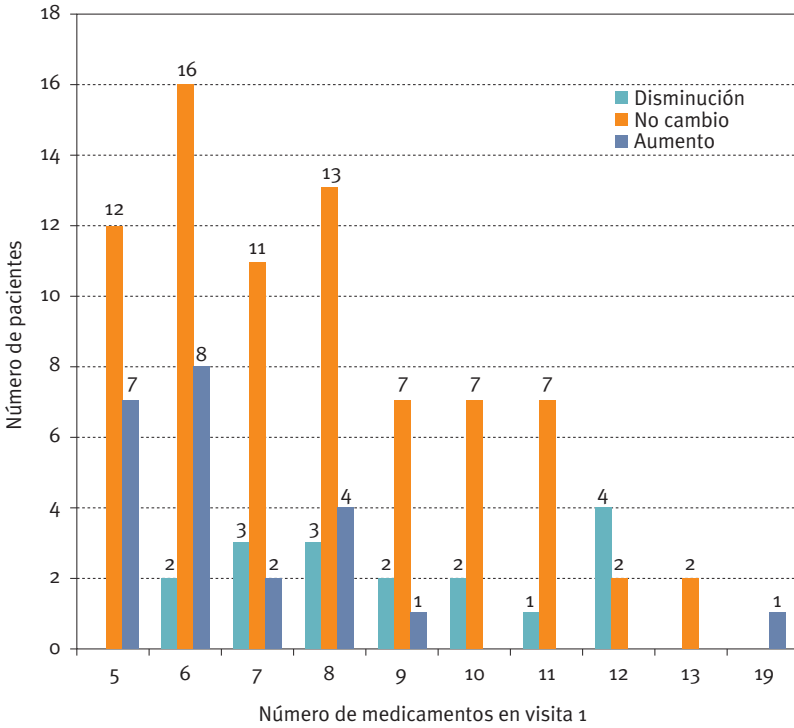


Gráfico E. Grupo comparación: Relación entre el cambio en el número de medicamentos y el número de medicamentos inicial.

Al comparar los pacientes que utilizan entre 5 y 7 medicamentos tanto en el grupo comparación como en el de intervención, se observa un incremento en ambos grupo siendo mayor en el grupo comparación. En los pacientes que utilizan entre 8 y 10 medicamentos se observa que ambos grupos disminuyeron, siendo mayor la disminución en el grupo intervención, con una disminución que es casi el doble que la ocurrida en el grupo comparación. En los pacientes que utilizan más de 11 medicamentos

Tabla E. Relación entre el número de medicamentos al inicio y cambio en su número.

	Bajo: N=92 (5-7 medicamentos en visita 1)	Medio: N=85 (8-10 medicamentos en visita 1)	Alto: N=50 (11-20 medicamentos en visita 1)
Grupo comparación	0,417	-0,158	-0,470 (media, categoría de referencia)
Grupo intervención	0,037	-0,313	-0,884

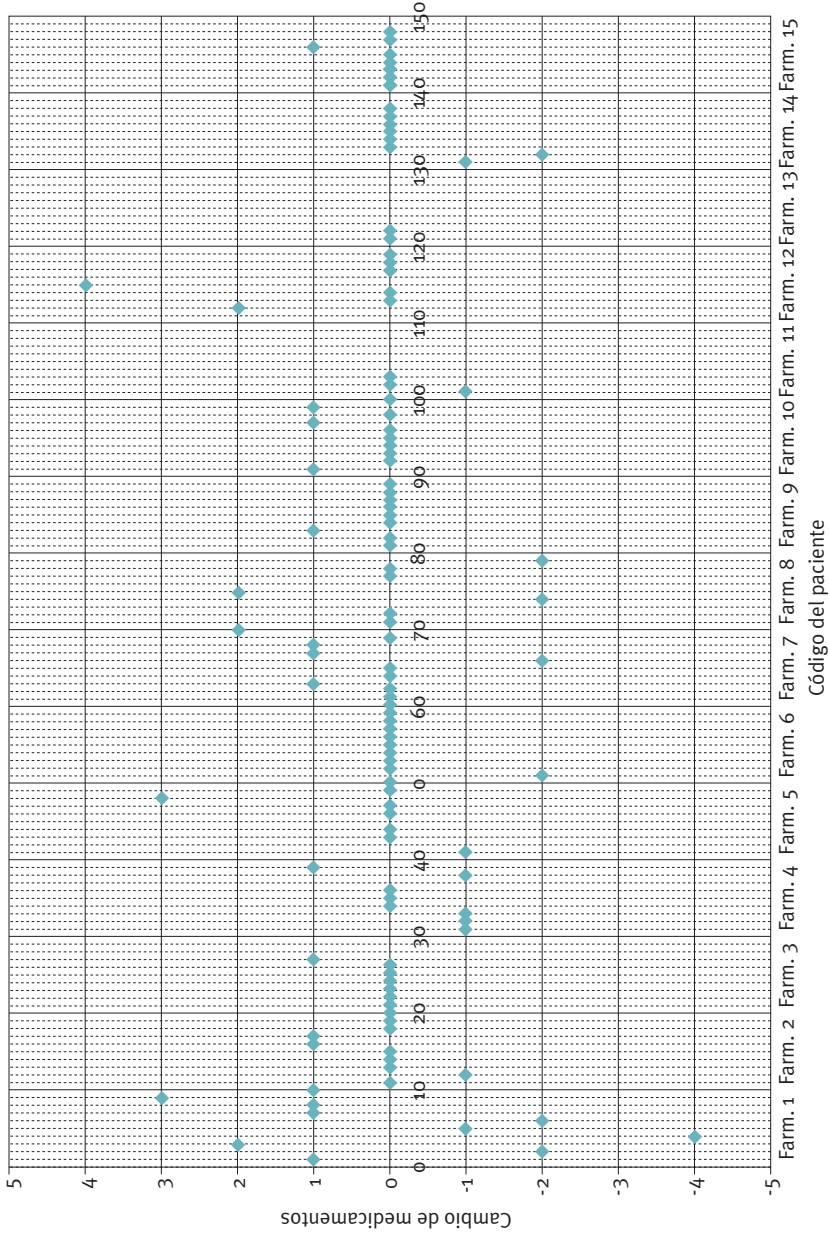


Gráfico F. Grupo comparación: Distribución de los pacientes y las farmacias en función del cambio en el número de medicamentos.

se observa una tendencia similar, con una disminución casi del doble en el grupo intervención respecto al de comparación. Todo ello durante la provisión del servicio de SFT en los dos meses que duró el estudio piloto. Al analizar la tabla en su conjunto se observa una tendencia que supone una mayor disminución en el número de medicamentos a medida que aumenta el número de medicamentos que utiliza el paciente, en ambos grupos. En el grupo intervención, esta tendencia es mucho más evidente.

En este tipo de análisis es preciso elegir una categoría de referencia que en este caso es el grupo de pacientes que utilizan 11 o más medicamentos, por lo que las comparaciones se han realizado respecto a este grupo.

Se realizó un análisis de regresión lineal para comprobar el cambio en el número de medicamentos entre el grupo comparación y el grupo intervención, ajustado por las posibles variables confusoras; género, edad, número de medicamentos, calidad de vida en la visita 1. En el grupo intervención se identificó una media de $-0,12$ de cambio en el número de medicamentos respecto al grupo comparación ($p < 0,05$). Es preciso señalar que el valor no ajustado era de $-0,39$.

En el Gráfico F se muestra el cambio en el número de medicamentos encontrado en los pacientes agrupados por farmacia. Se puede observar que existe cierta variabilidad en el cambio conseguido en cada farmacia del grupo comparación. En seis farmacias no se produjo ninguna disminución en el número de medicamentos.

Si se compara la información contenida en los Gráficos D y F sobre lo que ocurre si se toma como unidad de análisis la farmacia, se ven los resultados que se muestran en la Tabla F. La tendencia que se observa es que en las farmacias del grupo de intervención hay menos aumentos y más disminuciones (suma de disminución más ambos).

Tabla F. Número de farmacias y su situación respecto al cambio de medicamentos en pacientes.

	No cambio	Aumento	Disminución	Ambos
Grupo comparación	1	5	3	6
Grupo intervención	2	1	3	9

7.2 Objetivo 5.1.2: Determinar el impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos inapropiados que utilizan los pacientes mayores polimedcados

Para determinar el número de medicamentos inapropiados, de acuerdo con los criterios de Beers²⁷, se analizaron retrospectivamente los datos de una sub-muestra de los pacientes del estudio. Los criterios de selección de esta sub-muestra fueron aquellos casos en los que se había experimentado un cambio (aumento o disminución) en el

número de medicamentos entre la primera y segunda visita. En esta sub-muestra había 55 pacientes y en la Tabla G se muestran las medias del número de medicamentos inapropiados en las visitas 1 y 2. Además se produjo una disminución en la media de medicamentos inapropiados en las fases pre y post SFT de 0,12 (DE: 0,47), $p=0,051^j$.

Tabla G. Grupo intervención: Media del número de medicamentos inapropiados en 55 pacientes, sub-muestra del grupo de intervención.

	N de pacientes	Media	DE
Media de medicamentos inapropiados en VISITA 1	55	0,65	0,82
Media de medicamentos inapropiados en VISITA 2	55	0,53	0,69

En 7 de los pacientes (13% de la sub-muestra analizada) se produjo un cambio en el número de medicamentos inapropiados, 6 de ellos con una disminución de medicamentos inapropiados (11% de la sub-muestra analizada) y 1 con un aumento de un medicamento inapropiado. Estos datos corresponden sólo al periodo de tiempo de dos meses, por lo que puede haber intervenciones para las que no hubo tiempo suficiente para identificar el cambio del número de medicamentos.

7.3 Objetivo 5.1.3: Determinar el impacto del servicio de SFT en el control de los problemas de salud de los pacientes mayores polimedicados

Los problemas de salud de los pacientes del grupo de intervención se categorizaron con la clasificación de la WONCA²⁷. El número total de problemas de salud en visita 1 fue 978 mientras que visita 2, se registraron 803 problemas de salud (ver Anexo 7).

La variable control del problema de salud (Tabla H) se registró en 111 pacientes del grupo de intervención, incluyendo riesgos de aparición de problemas de salud (PS)¹³. En la visita 1 el 49,3% (3.03/6.14) de los PS estaban controlados, mientras que en la visita 2 lo estaban el 58,5% (3.46/5.91) lo que supone una mejora en el control de los PS del 12%.

38 pacientes consiguieron un aumento en el número de problemas de salud controlados en la visita 2 (Tabla I). En 10 pacientes se identificó una disminución en el número de problemas de salud controlados, mientras que 63 pacientes no experimentaron cambio alguno en el control de sus problemas de salud. Es interesante señalar que los pacientes tenían una media de seis problemas de salud de los que aproximadamente la mitad no estaban controlados.

^j Prueba t student para muestra emparejadas.

Tabla H. Grupo intervención: problemas de salud y riesgos de problemas de salud.

Variable	Número de pacientes	Media	DE
Media de problemas de salud en VISITA 1	138	6,14	2,37
Media de problemas de salud en VISITA 2	116	5,91	2,19
Media de riesgos de problemas de salud en VISITA 1	88	0,94	0,83
Media de riesgos de problemas de salud en VISITA 2	70	0,94	0,95
Media de problemas de salud controladas ^k en VISITA 1 ^l	130	3,03	1,87
Media de problemas de salud controladas ^k en VISITA 2	111	3,46	2,03

En la Tabla I se observan los cambios registrados en el número de problemas de salud controlados en función del número de problemas de salud que estaban controlados inicialmente.

Tabla I. Grupo intervención: Relación entre el cambio en el número de problemas de salud controlados (Cambio = PS controlados Visita 2 – PS controlados Visita 1) y el número de pacientes con problemas de salud controlados en visita 1.

		Número de problemas de salud controlados en Visita 1								Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7		8+
Cambio = PS controlados Visita 2 - PS controlados Visita 1	3	1	1		1	2					5
	2		2	2	1		1	1	1		8
	1		6	7	6	4		1		1	25
	0	2	10	16	16	5	9	4	1		63
	-1				3					2	5
	-2						1				1
	-3					1	3				4
	TOTAL	3	19	25	27	12	14	6	2	3	111

Cuando se consigue el control de algún problema de salud, en la mayor parte de los casos (25) se logra el control de un único problema de salud. Hay casos en que se logra el control de dos PS (8) e incluso de tres PS (5), todo ello tan sólo en dos meses. En el 57% de los casos (63 de los 111) los PS siguen sin estar controlados.

^k El control de un problema de salud fue evaluado por los farmacéuticos según la percepción del paciente, la percepción del farmacéutico o parámetros clínicos.

^l Las diferencias entre los PS no controlados y los RNM se deben a que cuando se validaron los registros se observó una tasa significativa de registros con información insuficiente para ser evaluados en cuanto a su validez y fiabilidad.

7.4 Objetivo 5.1.4: Determinar el impacto del SFT en la identificación y resolución de PRM y RNM

Se identificó al menos un RNM (Tabla J) en 105 de los 116 pacientes de la muestra de SFT (91%), pacientes en los que se realizó el servicio y de los que se consiguieron todos los datos en visita 1 y 2. Durante el periodo que duró el estudio piloto, en el servicio de SFT se identificaron un total de 268 RNMs y riesgos de RNMs con una media de 1,45 RNMs por paciente.

Tabla J. Grupo intervención: RNM, y PRM por paciente.

	Número de pacientes	Media	DE
RNMs	105	1,45	1,26
Riesgos de RNMs (rRNMs)	41	0,53	0,87
PRMs	125	2,05	1,45
Intervenciones	123	1,85	1,23

Se identificó al menos un PRM en 125 de los 138 pacientes de la muestra utilizable (91%). Durante el periodo que duró el estudio piloto, en el servicio de SFT se identificaron un total de 298 PRM con una media de 2,05 PRMs por paciente.

Sobre los 123 pacientes se realizaron un total de 289 intervenciones con una media de 1,85 intervenciones por paciente.

La medida denominada “actividad de la farmacia por paciente” consiste en la suma de los PRM y RNM/riesgo de RNM identificados por paciente en cada farmacia. Se observa una gran variabilidad con valores medios entre 2,6 y 9,1 (Tabla K).

Se realizó una regresión lineal (Gráfico G) para aislar el efecto del número de medicamentos en el inicio (basal) sobre el total de RNM (incluyendo riesgos de RNM: rRNM) lo que mostró que a medida que el número basal de medicamentos aumenta, el número de RNM identificados aumenta por 0,131 ($p=0,004$).

De los 268 RNM identificados, 11 no fueron clasificados según el resultado negativo que provocaron (son datos perdidos). Esto significa que en 11 de los casos los farmacéuticos no siguieron con el servicio de SFT cuando el RNM ya estaba identificado, dando un total de 257 (Tabla L).

Como se observa en el Gráfico H, el 50,2% (129) de los RNMs identificados y clasificados estaban asociados a la inefectividad del tratamiento farmacológico. El 31,9% (82) eran RNMs asociados a la inseguridad de un medicamento. El 11,3% (29) y 6,6% (17) de los RNMs estaban asociados respectivamente a la necesidad y no necesidad de un tratamiento farmacológico.

Tabla K. Grupo intervención: RNM y PRM por farmacia.

Número de farmacia en grupo intervención	Número pacientes muestra SFT	Número de RNMs y riesgos de RNM identificados	Numero de PRMs identificados	Media de actividad por farmacia/paciente
1	6	23	32	9,1
2	7	26	31	8,1
3	10	32	39	7,1
4	6	20	16	6,0
5	6	21	15	6,0
6	8	16	22	4,7
7	7	16	15	4,4
8	10	19	25	4,4
9	7	14	17	4,4
10	5	11	9	4,0
11	10	19	20	3,9
12	9	15	18	3,7
13	7	12	12	3,4
14	10	14	16	3,0
15	8	10	11	2,6
TOTAL	116	268	298	5,0

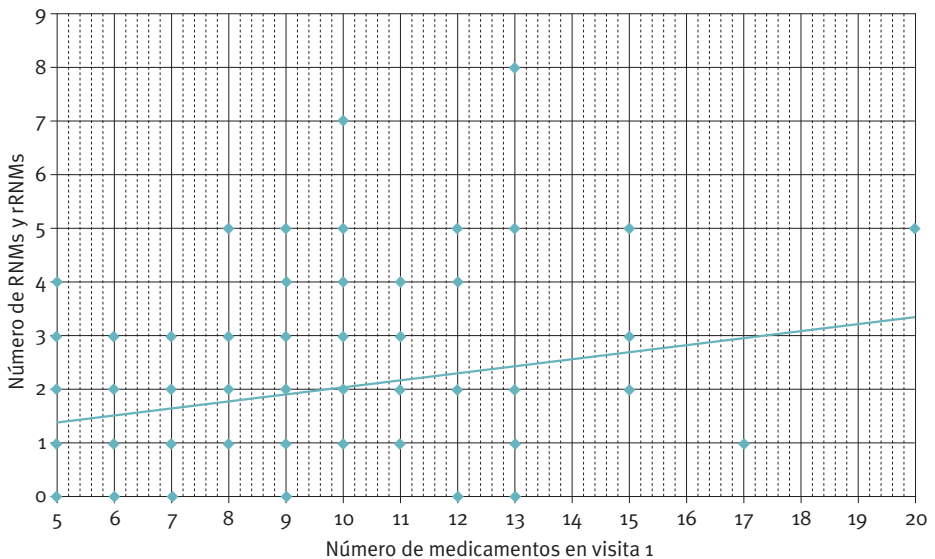
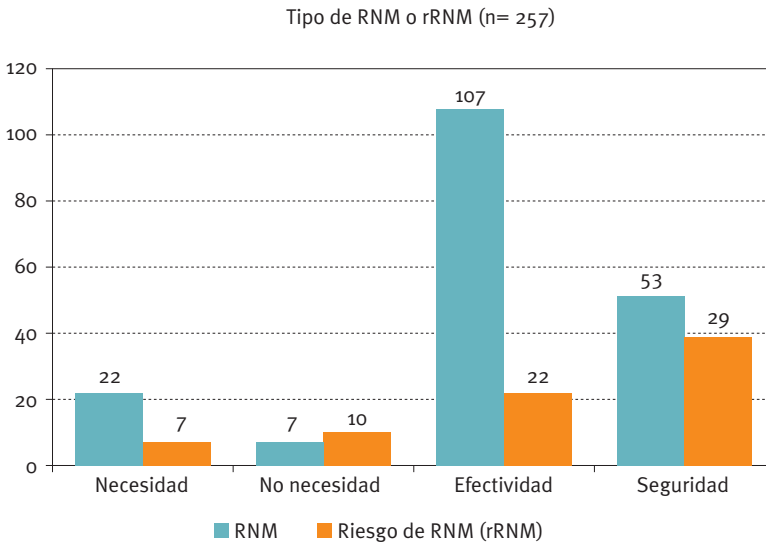
**Gráfico G.** Grupo intervención: Relación entre el número de medicamentos en la visita 1 y los RNM y riesgos de RNM identificados.

Tabla L. Grupo intervención: Clasificación de RNM y rRNM.

	Necesidad	No necesidad	Efectividad	Seguridad	Total
rRNM	7	10	22	29	68
RNM	22	7	107	53	189
TOTAL	29	17	129	82	257

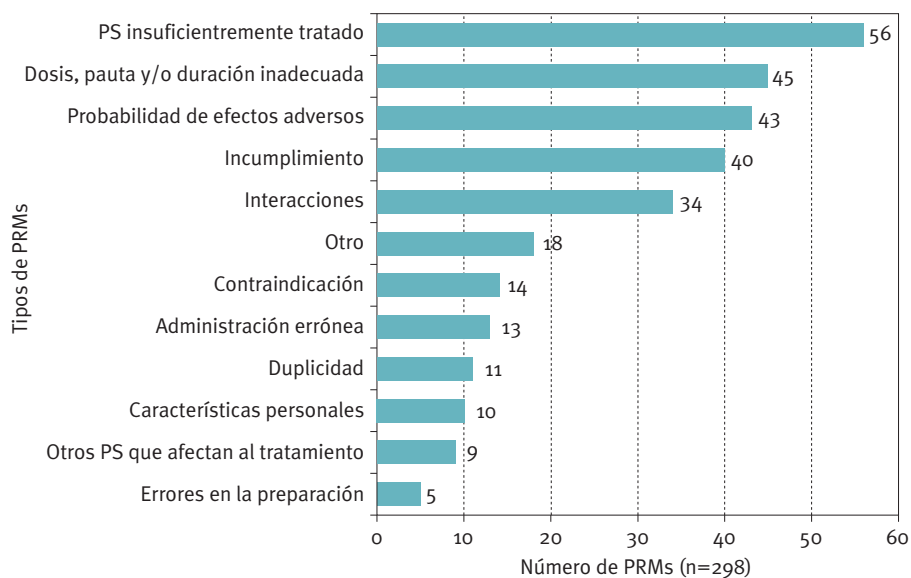
**Gráfico H.** Grupo intervención: Frecuencia y tipos de RNMs identificados en el servicio de SFT.

7.4.1 Tipos de PRM

En el servicio de SFT se identificaron 298 PRMs. De acuerdo a la clasificación de Foro AF, los cinco PRMs más frecuentes (Gráfico I) fueron, la identificación de un PS insuficientemente tratado (56 PRMs), la detección de dosis, pauta y/o duración inadecuada (45 PRMs), la probabilidad de efectos adversos (43 PRMs), el incumplimiento (40 PRMs) y la presencia de interacciones (34 PRMs).

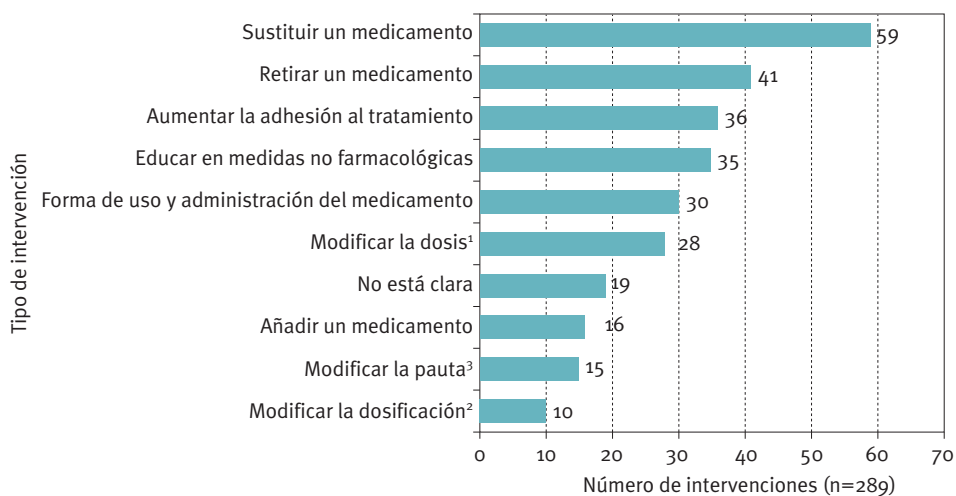
7.4.2 Tipos de intervenciones

Durante el periodo que duró el estudio piloto, desde el servicio de SFT los farmacéuticos realizaron un total de 289 intervenciones. En el Gráfico J se identifica la frecuencia de cada tipo de intervención. Los tipos de intervención más frecuentes fueron la propuesta al medico de la sustitución y retirada de medicamentos (59 y 41 intervenciones respectivamente).



Otros: Problema de salud no tratado (3); Estilo de vida inadecuado (3); Tratamiento no adecuado (2); Medicamento innecesario (1); Automedicación (1); Sin especificar (8).

Gráfico I. Frecuencia y tipo de los PRMs identificados.



¹Modificar la dosis (cambio en la cantidad de medicamento); ²Modificar la dosificación (cambio en la cantidad de principio activo); ³Modificar la pauta (redistribución de la cantidad de medicamento).

Gráfico J. Frecuencia y tipo de las intervenciones realizadas en el servicio de SFT.

7.4.3 Aceptación y resolución de intervenciones por tipo de RNM

De los 257 RNMs identificados, los farmacéuticos intervinieron sobre 221 RNMs. En la Tabla M se muestra el resultado de dichas intervenciones al finalizar el piloto (2 meses), su aceptación por el paciente y/o por el médico, y su resolución.

Tabla M. Grupo intervención: Aceptación y resolución de intervención por tipo de RNM.

	Aceptada y resuelta	Aceptada y no resuelta	No aceptada y no resuelta	Perdidos	Total
Necesidad	11	4	0	7	22
No necesidad	11			5	16
Efectividad	53	16	4	34	107
Seguridad	39	13	7	17	76
TOTAL	114	33	11	63	221

El 52% (114 sobre 221) de las intervenciones fueron aceptadas y resueltas. En el 5% (11 sobre 221) de los casos no se aceptó la propuesta de intervención del farmacéutico. En 33 casos, a pesar de que se aceptó la intervención, ésta no resolvió el RNM bien por no resolución bien por falta de tiempo en su evaluación. Cuando se identificó un RNM de seguridad la intervención se aceptó en un 68% (52 sobre 76), mientras que en efectividad se aceptó en un 64% (69 sobre 107).

Si además eliminamos los resultados perdidos (63), el porcentaje de intervenciones aceptadas aumenta hasta el 72% (114 sobre 158) mientras que los resultados relativos a RNM de seguridad y efectividad aumentan a 88% (52 sobre 59) y 94% (69 sobre 73).

Los tipos de problemas de salud (clasificación de la WONCA) relacionado con los problemas de salud con intervención se detallan en el Anexo 8.

7.4.4 Aceptación de intervenciones por destinatario y método de intervención

En cuanto a la comunicación con el destinatario, 182 intervenciones (52%) fueron realizadas con el paciente y 148 con el médico (48%). Este total de 330 intervenciones es superior al de 221 que se muestra en la Tabla M porque cuando se analizan las intervenciones en función del tipo de vía de comunicación, en algunos casos éstas se duplican obteniéndose un número superior (Tabla N). La vía de comunicación mayoritariamente empleada con ambos destinatarios fue la verbal, llegándose a tasas del 95% en el caso de la comunicación con el paciente.

En cuanto a la comunicación con el médico, la vía más frecuente es la que utiliza al paciente como vehículo en un 46% de los casos (69 sobre 148). En un 15% de los

Tabla N. Aceptación de las intervenciones según el destinatario y vía de comunicación.

		Aceptación de la intervención				
		SI	NO	No se sabe	Total	
Intervenciones	...con el paciente	Verbal	146	7	19	172
		Escrita	8	0	1	9
		Telefónica	1	0	0	1
		Total	155	7	20	182
	...con el médico	Telefónica	18	3	2	23
		Verbal	17	0	4	21
		Verbal a través del paciente	45	9	15	69
		Escrita	2	21	12	35
		Total	82	33	33	148

casos los farmacéuticos hablaron cara a cara, personalmente con el médico, mientras que en otro 15% lo hicieron personalmente pero a través del teléfono. En el 24% restante, la comunicación con el médico fue escrita.

Respecto a la aceptación por parte del destinatario de las intervenciones realizadas por el farmacéutico, se observa una elevada proporción de aceptación por parte del paciente (96%: 7 sobre 162) y del médico (88%: 12 sobre 115). Debido al corto periodo del servicio en este estudio piloto, no pudo comprobarse la aceptación del paciente en 20 ocasiones y no se obtuvo información sobre la aceptación del médico en 33 intervenciones.

Al analizar los diferentes tipos de comunicación con el médico el orden de aceptación es: verbal cara a cara (100%: 17 sobre 17); por escrito (91%: 21 sobre 23); verbal vía telefónica (86%: 18 sobre 21); a través del paciente (83%: 45 sobre 54).

7.5 Objetivo 5.1.5 Determinar el coste efectividad del servicio de SFT realizado en Farmacia Comunitaria y el impacto en resultados humanísticos

El tiempo medio dedicado a un paciente del grupo de intervención asciende a 247,19 minutos (Tabla O). La medida de este tiempo ha resultado de gran dificultad para los farmacéuticos participantes en el piloto, por lo que estos datos deben ser interpretados con ciertas reservas. Como ejemplo sirva el valor del tiempo en la entrevista inicial con una media de 39,28 minutos (DE = 19,51) y valores extremos entre 10 minutos y 150 minutos.

Los farmacéuticos emplearon el doble de tiempo en la fase de estudio que el dedicado a la primera entrevista. El tiempo que el farmacéutico ha empleado entrevistándose con el paciente fue de 111,79 minutos, casi la mitad del tiempo total dedicado al

Tabla O. Tiempos medidos en minutos, del farmacéutico y coste del tiempo total.

	Grupo Intervención		
	Media	(DE)	Min-Max
Tiempo entrevista inicial	39,28	(19,51)	10-150
Tiempo contacto adicional 1	10,67	(7,93)	1-45
Tiempo contacto adicional 2	2,81	(8,56)	3-50
Tiempo contacto adicional 3	21,1	(41,92)	5-140
Tiempo de estudio	86,33	(102,11)	6-630
Tiempo estado situación	37,91	(26,36)	7,5-180
Tiempo evaluación de la farmacoterapia	40,32	(44,49)	1-270
Tiempo plan actuación	44,02	(36,29)	4-210
Tiempo entrevista final	37,01	(24,82)	2-135
Tiempo TOTAL	247,19	(150,82)	5-941
Coste tiempo TOTAL	77,52	(47,30)	1,56-295,10

servicio de SFT (45%). Los farmacéuticos, al realizar el servicio lo hicieron de una manera rigurosa, tomándose su tiempo antes de actuar; para elaborar el plan de actuación utilizaron una media de 44 minutos, y la fase de estudio dedicada a cada paciente fue de casi una hora y media (86 minutos).

Los 247,19 minutos por paciente fueron la media de las diferentes medias por paciente, y no la suma de las medias. El coste del tiempo del farmacéutico se ha estimado aplicando la tarifa de 0,22 euros/minuto⁷⁵⁻⁷⁷ actualizada a precios del 2010. El coste de este tiempo por paciente fue de 77,52 euros. Además es preciso señalar que en este estudio piloto no se han incluido otros costes diferentes del tiempo, tales como infraestructura, informática, etc. ni ningún beneficio para el farmacéutico.

La diferencia en la tarifa inicial entre los grupo intervención y comparación fue de 0,0282 (Tabla P). La comparación entre las tarifas finales proporcionó un valor de 0,09. El grupo de intervención obtuvo un aumento de 0,0501 en tarifa del EuroQol-5D al final del estudio, mientras que el grupo comparación obtuvo al final del estudio un descenso de 0,013 en la tarifa del Euroqol-5D (Tabla P).

Tabla P. Calidad de vida (AVAC).

	Grupo Intervención			Grupo Comparación		
	Media	(DE)	Min-Max	Media	(DE)	Min-Max
Tarifa inicial	0,6285	0,25	0,035-1,00	0,6003	0,26	-0,076-1,00
Tarifa final	0,6786	0,24	0,035-1,00	0,5873	0,27	-0,076-1,00
AVAC	0,6446	0,23	0,035-1,00	0,5938	0,26	-0,076-1,00

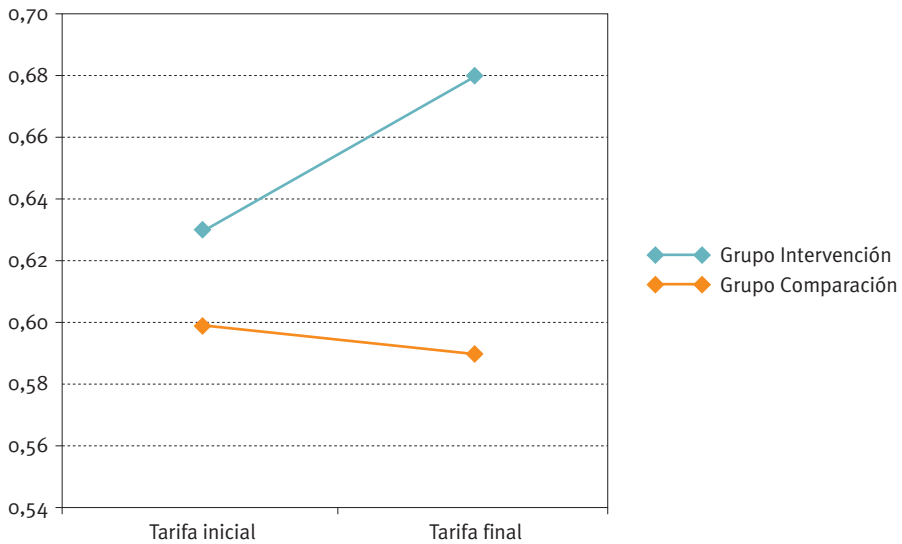


Gráfico K. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud.

Es conveniente recordar que el AVAC de valor 1 representa la situación de mejor salud posible y puede disminuir hasta valores negativos. Aunque se observa una diferencia inicial entre el grupo intervención, cuya salud es mejor, y el grupo comparación, en el Gráfico K se observa que la calidad de vida del grupo comparación disminuye mientras que la del grupo intervención aumenta más.

El segundo método para analizar el AVAC fue la utilización de una escala visual (Tabla Q). Utilizando ambos sistemas se han obtenido los mismos resultados en la misma dirección; en ambos métodos el grupo de intervención mejora mientras que el de comparación empeora.

Ambos grupos obtuvieron una reducción del coste de la medicación diario al final del estudio de pilotaje: 0,23 euros en el grupo de intervención y 0,17 euros en el grupo comparación (Tabla R). Esto arroja un ahorro mensual de 6,9 euros (0,23 euros en 30 días). También se ha observado una disminución, menor, en el grupo comparación de 5,1 euros/mes (0,17 euros en 30 días).

Tabla Q. Puntuación de la Calidad de Vida según la Escala Visual Analógica (EVA).

	Grupo Intervención			Grupo Comparación		
	Media	(DE)	Min-Max	Media	(DE)	Min-Max
Calidad de vida (EVA) inicial	58,86	(20,55)	5-100	60,65	(21,01)	10-100
Calidad de vida (EVA) final	64,05	(18,24)	5-100	59,23	(21,64)	10-100

Tabla R. Coste medicación diario.

	Grupo Intervención			Grupo Comparación		
	Media	(DE)	Min-Max	Media	(DE)	Min-Max
Coste medicación diaria inicial	7,32	(8,23)	0,71-54,76	4,88	(5,54)	0,44-45,63
Coste medicación diaria final	7,09	(8,71)	0,53-59,99	4,71	(5,45)	0,58-45,94
Reducción de coste	0,23			0,17		

Dividiendo el coste total incremental por los AVAC adicionales, resulta un Ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) de 3.128,94 euros/AVAC (Tabla S).

Tabla S. Coste y AVAC incremental.

	Coste medio (DE)	Coste incremental	AVAC medio	AVAC incremental	RCEI
Grupo Intervención	310,05 (266,95)	158,95	0,6446	0,0508	3.128,94
Grupo Comparación	151,10 (171,65)		0,5938		

El programa para el servicio de SFT en las farmacias comunitarias presenta una buena relación incremental coste efectividad frente a la alternativa de no intervenir. En el caso base, se obtuvo un RCEI de 3.128,94 es decir, frente a la alternativa de no realizar el servicio de SFT, el programa para el servicio de SFT supondría invertir 3.128,94 euros por cada AVAC adicional.

8. Discusión

El presente Informe presenta los resultados de un estudio piloto en el que los pacientes han recibido el servicio de SFT durante tan sólo dos meses. Los resultados se han ido describiendo en el mismo orden de los objetivos planteados en el Informe.

8.1 Características de la muestra

Los pacientes del grupo comparación y del grupo intervención eran similares (sin diferencias significativas) en cuanto a edad y sexo. Sin embargo, los pacientes del grupo intervención tenían un número mucho mayor de medicamentos (estadísticamente significativo), lo que indica que los farmacéuticos del grupo intervención seleccionaron pacientes más complicados que aquellos pertenecientes al grupo comparación. Esto se confirma en los datos mostrados en los Gráficos C y E donde se observa una distribución diferente entre los pacientes en intervención y en comparación, y los números de medicamentos que utilizan, mucho mayor en el grupo intervención. Esto nos ha obligado a tener en cuenta los valores basales de los medicamentos utilizados por lo que en el análisis estadístico se han tenido que realizar ajustes en este sentido.

La diferencia en el cambio del número de medicamentos utilizados cuando éste se calcula sin ningún tipo de ajuste se encuentra en el límite de la significación estadística con una $p = 0,069$ (-0,39 vs. +0,10). Cuando se ajusta en función del número de medicamentos basales, edad y sexo, la diferencia obtenida es de -0,12 que es significativa ($p < 0,05$). Como la edad y el sexo no presentan diferencias significativas en ambos grupos, lo que de verdad se está ajustando es el número de medicamentos basales que toman los pacientes. Por tanto, se puede concluir que el servicio de SFT disminuye el número de medicamentos de una manera importante con una tendencia cercana a la significación estadística, a pesar de que tan sólo se ha seguido a los pacientes durante dos meses. Este tipo de resultado coincide con los que se han obtenido a nivel internacional, lo que nos permite estimar que en el estudio principal, tras seis meses de provisión del servicio, obtendremos cambios todavía mayores con una media de reducción esperada entre uno y dos medicamentos por paciente.

En la muestra del grupo intervención se identificó una sub-muestra que utilizaba medicamentos inapropiados según los criterios de Beers⁶⁷. Aunque la formación realizada no estaba dirigida a identificar y disminuir este tipo de medicamentos, se comprobó que hubo una reducción de 0,12 medicamentos inapropiados por paciente en el tiempo de duración del estudio piloto. En el estudio principal se formará a los far-

macéuticos más específicamente en este tema, y se podrán considerar otras clasificaciones de medicamentos inapropiados (Tablas D y G).

Los pacientes en el grupo intervención tenían un número importante de problemas de salud con una media de 6,14, lo que no es sorprendente ya que se trata de pacientes mayores polimedicados. Lo sorprendente fue observar que, en ese grupo, aproximadamente la mitad de dichos problemas de salud no estaban controlados. Una vez realizado el servicio de SFT durante el tiempo del pilotaje, se mejoró el grado de control de los problemas de salud en un 12%. El SFT es un servicio dirigido a mejorar el control del problema de salud al mismo tiempo que reduce el número de medicamentos que se utilizan. Además este mejor control de los problemas de salud parece estar relacionado con el potencial del farmacéutico cuando, al realizar el servicio, se centra en la identificación, prevención y resolución de RNM y PRM. Todo ello sin entrar a considerar los riesgos de aparición de RNM que deben considerarse como más potenciales. Cada paciente del grupo intervención tenía una media de 1,5 RNM y 2 PRM, y en el estudio se observó que cuando el farmacéutico identificó alguna de estas situaciones, actuó con una media de aproximadamente 2 intervenciones por paciente. Esto permite tener confianza en que el farmacéutico comunitario español cuando recibe apoyo, formación, medios, herramientas y apoyo directo en la farmacia, con la figura del Formador Colegial, es capaz de realizar correctamente el servicio de SFT identificando problemas, interviniendo sobre ellos, resolviéndolos y consiguiendo buenos resultados en salud, siempre en colaboración con los pacientes y con los médicos. El servicio de SFT es una herramienta que dirige la práctica del farmacéutico hacia una mayor implicación con los pacientes y el resto de miembros del equipo de salud.

8.2 Impacto del servicio de SFT en el número de medicamentos

Ya se ha comentado la disminución general en el número de medicamentos utilizados que se consigue con el SFT. Además hay otros aspectos que merecen ser considerados.

Los pacientes participantes en el piloto tenían una gran variabilidad en la distribución de los medicamentos que utilizaban. Cuando se realiza una regresión lineal reagrupando los pacientes en tres categorías en función del número de medicamentos que utilizan (Tabla E), se observa que a medida que se avanza hacia el grupo de más medicamentos la disminución obtenida, cuando la comparamos con el grupo comparación, es mayor alcanzándose casi reducciones de un medicamento en pacientes que utilizan 11 o más medicamentos. Sin embargo, los pacientes que utilizan entre 5 y 7 medicamentos tienen una tendencia a aumentar el número de medicamentos. Debido a estas consideraciones y si el objetivo del servicio de SFT y su estrategia es disminuir el número de medicamentos que se utilizan, se deberían seleccionar pacientes con un número elevado de medicamentos, probablemente superior a 8.

Las farmacias intervención ejercieron presión al sistema para que se disminuyeran los medicamentos que utilizaban los pacientes. En condiciones normales el sistema, en el que se encuentra la farmacia, supone un continuo aumento en el número de medicamentos. La intervención del farmacéutico puede romper esta tendencia con la consiguiente disminución en el número de medicamentos. También se puede utilizar esta variable como indicador de proceso. Si en una farmacia no se producen cambios en el número de medicamentos, probablemente sea necesario mejorar el proceso del servicio en esa farmacia.

También es necesario señalar que durante la realización del servicio de SFT algunos pacientes, aproximadamente un 11,0%, aumentan el número de medicamentos que utilizan. Este grupo está concentrado fundamentalmente en los pacientes que utilizan menos medicamentos (Gráficos C y D). La misma tendencia se observa en el grupo comparación pero en este caso el aumento es todavía mayor con un porcentaje del 19,6% (Gráficos E y F).

8.3 Impacto en el número de medicamentos inapropiados

Existen varios sistemas de medir los medicamentos inapropiados como son Beers, STOPP/START, MAI, etc. Al diseñar el piloto no se tuvo en cuenta la medida de este tipo de medicamentos, sin embargo ya que las recomendaciones de la revisión Cochrane indican la importancia de utilizar alguna clasificación de este tipo, seleccionamos inicialmente la clasificación de Beers porque está validada en España, aunque se es consciente de que el STOPP/START pudiera ser una mejor alternativa. Aunque se encontró la reducción anteriormente apuntada de 0,12 medicamentos inapropiados por paciente, probablemente se trata de una reducción relativamente baja que podría aumentar con una diferente formación, cambiando el objetivo del farmacéutico e incluyendo este concepto en el proceso del servicio de SFT como un indicador más.

8.4 Impacto sobre los problemas de salud

Es interesante comentar que aunque el servicio de SFT en España ha evolucionado durante años habiéndose conseguido un desarrollo profundo en sus procedimientos, se encontró dificultad en la utilización de sistemas de clasificación para los problemas de salud. Además no hemos encontrado un sistema para medir el control, o no, de los problemas de salud. Lo que se hizo fue seleccionar WONCA como referencia por ser más aplicable a la atención primaria, además de ser aceptada internacionalmente. En cuanto al grado de control de los problemas de salud se tuvo que depender de tres sistemas complementarios de clasificación: la utilización de parámetros objetivables, la opinión del farmacéutico y la percepción del paciente. La solución perfecta sería tener acceso a los historiales clínicos de los pacientes en los que figuran

los diagnósticos, los resultados de las diferentes pruebas realizadas y los niveles de control de la enfermedad, teniendo siempre en cuenta la privacidad y confidencialidad de los datos. Aunque es posible realizar el servicio de SFT con los datos descritos sería mucho más eficiente que, como en otros países, el farmacéutico comunitario pudiera tener acceso a dichos datos. Teniendo en cuenta estas limitaciones, discutimos a continuación el impacto del servicio de SFT sobre los problemas de salud.

La variabilidad identificada en las farmacias (Tabla K) mostró que existen farmacias que fueron tres veces más activas que otras. Aunque pudo deberse a diferencias en los pacientes seleccionados, también pudo ser debido a diferencias en el proceso del servicio. Lo importante fue que, de media, por paciente se identificaron casi 5 situaciones sobre las que fue posible intervenir, entre PRM y RNM, lo que pone de manifiesto que los pacientes tienen problemas que, en ese momento, no estaban siendo abordados por ningún profesional. Además, se trataban de problemas relacionados con la utilización de los medicamentos, que pueden afectar a la situación clínica del paciente.

Como se ha comentado anteriormente, había un elevado número de problemas de salud no controlados que podían estar relacionados con el uso de los medicamentos. También existía un número importante de riesgo de aparición de problemas de salud debido a la existencia de posibles causas (PRM). El resultado de la práctica del servicio de SFT, en tan sólo dos meses, se ha traducido en un aumento del número de problemas de salud controlados y una reducción en el riesgo de aparición de RNM (Tablas H e I).

Más de la mitad de los casos no consiguieron ser controlados independientemente de la atención sanitaria recibida a través del sistema, por lo que es posible afirmar que hay un extenso campo de actuación. De hecho, el trabajo de los farmacéuticos ha tenido un efecto en un grupo de pacientes (33%; 37 sobre 111). El resto, el 9%, en el que aumentaron los PS no controlados y el 57%, cuyos PS no variaron, fue preciso referirlos como una oportunidad para su posterior mejora mediante la actuación del equipo de salud. Estos pacientes van envejeciendo y al tener enfermedades crónicas, su evolución normal es empeorar. Por tanto, no se sabe en qué medida esa falta de control se debe a la falta de atención apropiada o a la evolución natural de la enfermedad. Sin embargo, como se ha visto, el servicio de SFT tiene un efecto positivo al contribuir en el control del problema de salud.

Hubiera sido muy interesante poder establecer la gravedad de estos problemas de salud, por lo que se está considerando el desarrollo de una herramienta apropiada que permita evaluar dichos niveles de gravedad.

8.5 Impacto en la resolución de RNM

No es sorprendente que pacientes tan polimedcados tengan un número tan importante de PRM y RNM. Los resultados obtenidos fueron elevados, con cifras como 1,45 RNM y 2 PRM de media por paciente. Esto es una realidad y en la actualidad ningún

miembro del equipo de salud interviene para tratar de dar una respuesta a este problema, que por su prevalencia es un problema de salud pública.

Lo que parece claro, de los resultados de este piloto, es que el farmacéutico comunitario sí puede abordar este problema y obtener resultados positivos. Sin embargo los resultados también muestran una gran variabilidad en la farmacia a la hora de enfrentarse a este problema; farmacias con una actividad tres veces superior a la peor (Tabla K). No sabemos si esto es debido al tipo de paciente seleccionado, la experiencia y formación del farmacéutico, o a la falta de incentivos económicos o profesionales.

Se ha demostrado una clara relación entre el número de medicamentos que utilizan los pacientes y el número de RNM que presentan, obteniéndose un aumento de 0,131 RNM por medicamento adicional, con una $p=0,004$ (Gráfico G).

Resulta sorprendente observar que el 50% de los RNM identificados fueron de efectividad. Esto supone que muchos pacientes estaban utilizando medicamentos, lo que genera un gasto económico importante para fondos en medicamentos, y que finalmente éstos no resultan efectivos, o al menos no tanto como deberían serlo (Tabla L y Gráfico H). Esto tiene implicaciones directas con las políticas de calidad y de uso racional del medicamento. Es decir, el farmacéutico que realiza el servicio de SFT está aplicando correctamente la filosofía del uso racional del medicamento. Además, una tercera parte de los RNM fueron de seguridad, con lo que la farmacia también se estaba implicando en la política de seguridad del paciente, tan importante actualmente.

Cuando el farmacéutico interviene, el médico o el paciente aceptan bien dicha intervención resolviéndose además los problemas, y sólo en algunos casos, la propuesta del farmacéutico no es tenida en cuenta. La consecuencia observada es que el farmacéutico al aplicar el servicio de SFT está trabajando con el médico y el paciente para resolver problemas relacionados con la utilización de los medicamentos. Los datos de la literatura internacional sugieren que las tasas de aceptación de las intervenciones del farmacéutico rondan el 60-80%. Nuestros datos, después de eliminar los datos perdidos, fueron incluso mejores llegándose a tasas de aceptación de la intervención del 90% en RNM de seguridad y efectividad. Una posible explicación es que en este estudio piloto los farmacéuticos remitieron al médico aquellos RNM de los que estaban muy seguros (Tabla M). De acuerdo con los PRM más frecuentemente identificados, se justifica que los RNM de efectividad también hayan sido los más frecuentes, ya que, los PRM se entienden como posibles causas de RNM.

El tipo de intervención más frecuente consistió en la propuesta de sustitución de un medicamento. Esta sustitución puede motivarse por causas clínicas o económicas. Sería interesante analizar en el estudio principal si dichas sustituciones contribuyen a un ahorro en el gasto en medicamentos. Además esto es importante porque la segunda intervención, en importancia numérica, fue la propuesta de retirada del medicamento, lo que también supone un ahorro.

Aunque no podemos afirmar que cuando el farmacéutico sugiere la retirada de un medicamento, el médico lo lleve a cabo, sí parece que la coincidencia de los valores obtenidos, 42 en ambos casos, apoya esta afirmación. Sin embargo cuando el farmacéutico sugiere añadir un medicamento, lo que ocurre en 18 ocasiones, se comprueba que tan sólo se han aumentado los medicamentos en 13 ocasiones (Gráfica C). Todo ello apoya que la actuación del farmacéutico interviniendo con el médico mejora el uso racional de los medicamentos.

102 de las 292 intervenciones (35%) fueron directamente dirigidas al paciente y estuvieron dirigidas a mejorar el cumplimiento, realizar educación en medidas no farmacológicas y asesorar en la forma de uso del medicamento, lo que realmente contribuye a mejorar la calidad en el uso del medicamento.

La vía de comunicación predominante con el paciente fue la verbal, cara a cara, consecuencia de la propia interacción que conlleva el servicio de SFT. Por tanto la realización del servicio contribuye a mejorar la relación y comunicación entre el farmacéutico y el paciente, tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo.

Con el médico, el farmacéutico utiliza diferentes tipos de estrategia de comunicación, aunque se desconoce la razón de por qué el farmacéutico selecciona una u otra estrategia. A lo mejor se utiliza al paciente por tener ciertos temores o reservas con respecto a hablar directamente con el médico. Sin embargo en el 30% de los casos la comunicación se hizo directamente. En la mitad de estos casos se realizó cara a cara y la otra mitad telefónicamente. Posibles explicaciones pueden consistir en que cuando el farmacéutico identifica un caso complejo, prefiere hablar directamente con el médico; cuando son muy simples, con un único problema, también prefieren hablar y solucionarlo directamente; en otros casos el farmacéutico al comenzar un nuevo servicio pretende dársele a conocer al médico, por lo que se pone en contacto directo con él. Lo más interesante que se puede destacar fue que por y con el servicio de SFT estos dos profesionales de la salud se relacionan, interaccionan y colaboran tratando de solucionar problemas específicos de pacientes que utilizan medicamentos. El ranking obtenido en los sistemas de comunicación con el médico tiene mucho sentido. El sistema más efectivo (100%) fue la comunicación cara a cara, farmacéutico y médico. A continuación, la comunicación escrita con consultas bien documentadas, seguida de la comunicación telefónica, cuyo principal inconveniente, la elección del momento de la llamada, puede no ser siempre el sistema de elección más oportuno para ambos profesionales. Finalmente la comunicación a través del paciente supone, probablemente, una falta de confianza del farmacéutico en su relación con el médico.

8.6 Determinar el coste efectividad del servicio de SFT

Los farmacéuticos participantes han manifestado en los diferentes Grupos Focales, realizados para evaluar su feedback con el piloto, la dificultad de medir los dife-

rentes tiempos parciales. Para el estudio principal, cada participante contará con un cronómetro. Por otro lado, teniendo en cuenta que los farmacéuticos dedicaron mucho tiempo al servicio se corrobora la necesidad de recibir algún tipo de incentivo que compense su práctica.

Además, los farmacéuticos dedicaron mucho tiempo al paciente, concretamente a la interrelación personal con el mismo, lo que fue generando un cambio en su práctica habitual, dirigiéndose hacia un ejercicio profesional más orientado al paciente. Esto queda también reflejado en los diferentes contactos adicionales que se realizaron, al margen de las entrevistas inicial y final, y que normalmente no suelen tener lugar.

El análisis del tiempo total que se empleó en las diferentes fases del servicio muestra el interés y capacidad de los farmacéuticos para llevar a cabo el servicio. La formación práctica que recibieron les ha capacitado y estimulado para la realización del mismo. Parece probable que ciertos tiempos como el de la fase de estudio irá disminuyendo a medida que los farmacéuticos vayan realizando el servicio de SFT a más pacientes, con lo que la práctica del servicio irá ganando en eficiencia. Llama la atención que el tiempo de la segunda visita fue similar al de la entrevista inicial.

El servicio de SFT ahorra dinero, aproximadamente 7 euros al mes por paciente. Cuando los farmacéuticos dispongan de más experiencia, el estudio tenga más duración y los resultados se comparen con los resultados de la literatura internacional, se espera una disminución de uno o dos medicamentos por paciente, lo que supondría un ahorro de 15 a 30 euros por paciente y mes (180-360 euros/año).

Utilizando dos tipos de medida de calidad de vida hemos obtenido el mismo resultado en el tiempo que duró el estudio piloto: la calidad de vida de los pacientes del grupo intervención mejoró, mientras que la de los del grupo comparación disminuyó. Se precisa evaluar esta medida en un periodo mayor de tiempo porque se trata de una variable que sufre modificaciones a lo largo del tiempo.

El Ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) de 3.128,94 se puede considerar un valor importante. En este sentido el NICE del Reino Unido fija el umbral en valores parecidos (50.000 libras). Aunque no existen estándares oficiales para su interpretación, en España es habitual utilizar como referencia la valoración de Sacristán et al⁷⁵ que fija el umbral en 30.000€/AVA, lo que supone que valores inferiores muestran una mayor calidad de la asistencia ya que el coste incremental es bajo y los beneficios altos. Hay que señalar que el cálculo obtenido se ha realizado en un piloto que ha durado dos meses, es decir, que todo el trabajo que generan los costes se ha concentrado. Si se prolonga el tiempo de provisión del servicio, probablemente los resultados de beneficio incremental serían mejores porque los costes se distribuirían a lo largo del tiempo mientras que el beneficio se seguiría acumulando. Se debería realizar un análisis de sensibilidad para contrastar la robustez de los datos obtenidos, pero en este momento, en el estudio piloto, no se dispone de datos suficientes para su realización.

9. Conclusiones

Los farmacéuticos comunitarios que reciben una formación holística, apropiada y bien orientada, con apoyo suficiente, como por ejemplo utilizando la figura del Formador Colegial, pueden realizar el servicio de SFT con efectividad y eficiencia, aunque para confirmar la magnitud del efecto obtenido en este piloto se necesita realizar el estudio principal. El servicio de SFT disminuye el número de medicamentos que utilizan los pacientes que los reciben. De los resultados obtenidos se puede estimar que con seis meses del servicio de SFT será posible alcanzar reducciones de uno a dos medicamentos por paciente, lo que generaría un ahorro anual de entre 180 y 360 euros por paciente. También el farmacéutico que realiza el servicio contribuye a mejorar el control de los problemas de salud de los pacientes, mediante la identificación, prevención y resolución de PRM y RNM. Por tanto, el farmacéutico que aplica el servicio de SFT está contribuyendo a las políticas de ahorro liberando fondos que pueden ser utilizados en otros sectores de la sanidad de las CCAA. Al mismo tiempo, el farmacéutico comunitario se implica en las políticas de calidad, seguridad del paciente y uso racional de los medicamentos. Todo ello mediante la cooperación con dos de los más importantes grupos implicados, los médicos y los pacientes, específicamente de los mayores polimedicados, grupo que tiene una gran necesidad de utilización de medicamentos.

Se hace necesario realizar un estudio principal a nivel nacional con una muestra representativa para confirmar la magnitud de los resultados obtenidos y para identificar facilitadores para la implantación del servicio de SFT y su sostenibilidad.

10. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2010; [cited 2010 Sep 7] Available from: <http://www.ine.es/>.
2. CGCOF. Medicamentos y Farmacias en Cifras. Madrid: Consejo General de Farmacéuticos; 2009.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Gasto Sanitario Público. Información anual [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008; [cited 2010 Sep 7] Available from: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gasto-Sanitario2005/home.htm>.
4. Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008.
5. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica*. 2007; 48(1): 5-17.
6. Faus Dáder MJ. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000; 41(1): 137-143.
7. Fernandez-Llimos F, Tuneu L, Baena M, Garcia-Delgado A, Faus Dáder M. Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. *Current Pharmaceutical Design*. 2004 Dec; 103947-3967. DOI 10.2174/1381612043382558.
8. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M. Desarrollo de la práctica de farmacia. Centrada en la atención del paciente. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: <http://www.fip.org/files/fip/publications/Developing-PharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>.
9. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. Título original: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Pharm Care Esp*. 1999; 135-47.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud. *Ars Pharmaceutica*. 1995; 36(2): 285-292.
11. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci*. 2010 5; 32(4): 472-487. DOI 10.1007/s11096-010-9393-x.
12. Cipolle R, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw-Hill Medical; 2004.
13. McGivney MS, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, Hall DL, Goode JR, Smith RB. Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2007 Oct; 47(5): 620-628. DOI 10.1331/JAPhA.2007.06129.
14. Trujillo J, Martínez Olmos. "Cobrar la AF ha de ser un planteamiento a largo plazo". *Correo Farmacéutico*. 2009; 23.

15. Anónimo. Polimedificados: deber, reto y oportunidad. *Correo Farmacéutico*. 2010; 2.
16. García del Río R, Bustelo M. En AF iremos tan lejos como quiera la profesión. *Correo Farmacéutico*. 2010; 1,10-11.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso en Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica*. 2001; 42(3-4): 221-241.
18. Gómez M, Machín M, Roque K, Acanda G, Hernández M. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(5): 468-72.
19. Lence JJ, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006; 32(2): 115-125.
20. Avery GS. *Farmacología Clínica y Terapéutica*. Barcelona: Salvat Editores SA; 1999.
21. Brilowsky S. *Neuropsicofarmacología, La ciencia para todos*. First Edition. 1995.
22. Schneider J, Mion L, Fregley J. Adverse drug reactions in an elderly outpatient population. *Am J Health Syst Pharm*. 1992 Jan 1; 49(1): 90-96.
23. Davis D. *History and epidemiology. Textbook of adverse drug reactions*. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press; 1991.
24. Björkman IK, Fastbom J, Schmidt IK, Bernsten CB, the Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Drug-Drug Interactions in the Elderly. *Ann Pharmacother*. 2002; 36:1675-1681. DOI 10.1345/aph.1A484.
25. Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2003 Dec; 1(2): 82-89.
26. Stewart RB, Cooper JW. Polypharmacy in the aged. Practical solutions. *Drugs Aging*. 1994 Jun; 4(6): 449-461.
27. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch. Intern. Med*. 2003 Dec 8; 163(22): 2716-2724. DOI 10.1001/archinte.163.22.2716
28. Tuneu L, García-Peláez M, López Sánchez S, Serra G, Alba G, de Irala C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp*. 2000; 2(3): 177-192.
29. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. Tercera edición. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2007.
30. Sáez-Benito L, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, Plaza C, Benrimoj SIC. Propuesta de indicadores de proceso y descripción del seguimiento farmacoterapéutico en el pre-piloto de investigación del Programa conSIGUE. *Ars Pharmaceutica*. 2010; 50(Suppl 1): S75.
31. García Jiménez V, Marquina I, Miranda García G, Rubiera López G, Baena Parejo MI. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farmacia Hospitalaria*. 2008; 32(3): 157-162.
32. Fajardo Paredes P. Resultados Negativos asociados a la Medicación causa de consulta a servicios de urgencias hospitalarias. [Internet]. 2011; Available from: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/downloads/uploads/AF_tesis_Paloma%20Fajardo.pdf.
33. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001 Apr; 41(2): 192-199.

34. Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annest JL. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA*. 2006 Oct 18; 296(15): 1858-1866. DOI 10.1001/jama.296.15.1858.
35. Hanlon JT, Schmader KE. Drug-drug interactions in older adults: Which ones matter? *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2005 Jun; 3(2): 61-63. DOI 10.1016/S1543-5946(05)00030-9.
36. Garrido J. El modelo español de farmacia tiene mucho que decir en el mundo. *El Farmacéutico*. 2009; 420(15 septiembre): 28-30.
37. Roberts AS, Benrimoj SI, Dunphy DC, Palmer IC. *Community pharmacy: Strategic change management*. Sydney: McGraw-Hill Medical; 2007.
38. Bond CM. Evolution and change in community pharmacy [Internet]. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2003. [cited 2009 Mar 22] Available from: <http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/chevcommphsyn.pdf>.
39. Canadian Pharmacists Association. *Blueprint for pharmacy, designing the future together*. Canadian Pharmacists Association; 2009.
40. UK Department of Health. *Pharmacy in England: Building on strengths - delivering the future*. England: UK Department of Health; 2008.
41. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2010; 6(3): 163-173. DOI 10.1016/j.sapharm.2009.08.003.
42. Feletto E, Wilson L, Roberts A, Benrimoj S. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci*. 2010; 32(2): 130-138. DOI 10.1007/s11096-009-9355-3.
43. Anónimo. Participación de los farmacéuticos en las acciones del Plan Estratégico de Atención Farmacéutica. *Farmacéuticos*. 2006; 308(3): 42-43.
44. Foro de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Grupo de expertos. La misión del Farmacéutico "Dispensar y seguir al paciente". *Farmacéuticos*. 2009; (348): 51.
45. Gastelurrutia MA, de Amezua MJC. Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal. *AULA de la farmacia*. 2008; (Abril): 52-57.
46. Prats M. Recuperando las herramientas de gestión. *Farmacia Profesional*. 2009; 23(6): 11-12.
47. Mullen R. *Skill Mix in Community Pharmacy: Exploring and defining roles of dispensary support staff* [Internet]. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2002. Available from: http://www.pprrt.org.uk/Documents/Publications/Skill_mix_in_community_pharmacy.pdf.
48. Dunphy DC, Palmer IC, Benrimoj SI, Roberts AS. *Change management and community pharmacy* [Internet]. Sydney: The University of Technology, Sydney; 2004. [cited 2009 Feb 1] Available from: http://www.guild.org.au/research/project_display.asp?id=273.
49. Sáez-Benito L, Chemello C, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, García-Cardenas MV, et al. Evaluating the clinical impact of pharmacotherapy follow-up (SFT) on geriatric polypharmacy patients' health: a pre-pilot. *Pharmacy Practice*. 2010; 8(Supp 1): 116.
50. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. *EPOC Methods Paper: Including Interrupted Time Series (ITS) Designs in a EPOC Review* [Internet]. The Cochrane Colla-

- boration. 2010; [cited 2010 Feb 1] Available from: <http://www.epoc.cochrane.org/Files/Website/Reviewer%20Resources/inttime.pdf>.
51. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. Sixth Edition. New Jersey: Pearson Education International; 2006.
 52. Benrimoj SI, Chemello C, Faus Dáder MJ, Feletto E, Fernandez-Llimos Somoza F, García-Cardenas MV, et al. Programa de evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT): manual. Granada: Universidad de Granada; 2010.
 53. Benrimoj SI, Feletto E, Wilson LK. Building Organisational Flexibility to Promote the Implementation of Primary Care Service in Community Pharmacy [Internet]. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2010. [cited 2010 Mar 15] Available from: http://www.guild.org.au/research/4cpa_project_display.asp?id=1865.
 54. Dualde E, Faus M, Santonja F, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of a videoconference training course on implementing pharmacy services. *Pharm World Sci*. 2009 Dec 1; 31(6): 638-642. DOI 10.1007/s11096-009-9317-9.
 55. García-Cardenas MV, Feletto E, Fernández-Galdón R, Navas-Vargas E, Martínez-Martínez F, Benrimoj SI. Formación de formadores colegiales. Programa conSIGUE. *Ars Pharmaceutica*. 2010; 50(Suppl 1): S71.
 56. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, de Amezua MJC, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009; 31(1): 32-9. DOI 10.1007/s11096-008-9261-0.
 57. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice Change in Community Pharmacy: Quantification of facilitators. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(6): 861-8. DOI 10.1345/aph.1K617.
 58. Bernsten C, Andersson K, Garipey Y, Simoens S. A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy*. 2010 4; 95(1): 1-9. DOI 10.1016/j.healthpol.2009.11.008.
 59. Snella KA, Trewyn RD, Hansen LB, Bradberry C. Pharmacist Compensation for Cognitive Services: Focus on the Physician Office and Community Pharmacy. *Pharmacotherapy*. 2004; 24(3): 372-388.
 60. Christensen DB, Hansen RW. Characteristics of Pharmacies and Pharmacists Associated with the Provision of Cognitive Services in the Community Setting. *J Am Pharm Assoc*. 1999; 39(5): 640-647.
 61. Silva Castro MM, Amariles P, Sabater Hernández D, Parras M, Ferrer López I, Faus Dáder MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico: Casos prácticos. Primera edición. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131); 2006.
 62. Bot PLUS, Base de datos del Conocimiento Sanitario. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid: 2010.
 63. Gastelurrutia M, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, Odriozola I, Fernández-Llimós F. Customers' expectations and satisfaction with a pharmacy not providing advanced cognitive services. *Pharm World Sci*. 2006 Diciembre 1; 28(6): 374-376. DOI 10.1007/s11096-006-9049-z.
 64. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, Taylor J, McKay S. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications. *Can Fam Physician*. 2009 Dec; 55(12): e69-e75.

65. Keshishian F, Colodny N, Boone RT. Physician-patient and pharmacist-patient communication: Geriatrics' perceptions and opinions. *Patient Education and Counseling*. 2008 May; 71(2): 265-284. DOI 10.1016/j.pec.2008.01.004.
66. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 Mar; 65(3): 303-316. DOI 10.1111/j.1365-2125.2007.03071.x.
67. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch. Intern. Med*. 1991 Sep; 151(9): 1825-1832.
68. Baker JJ. *Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care*. Aspen Publishers; 1998.
69. Finkler SA, Ward DM. *Cost Accounting for Health Care Organizations: Concepts and Applications*. 2nd ed. Jones & Bartlett Publishers; 1999.
70. Badía X, Salamero M, Alonso J. *La medida de la salud: guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento; 2007.
71. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *N. Engl. J. Med*. 1977 Mar 31; 296(13): 716-721.
72. Eichler H, Kong SX, Gerth WC, Mavros P, Jönsson B. Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge? *Value in Health*. 2004; 7(5): 518-528. DOI 10.1111/j.1524-4733.2004.75003.x
73. Donaldson C. Cost effectiveness analysis in health care: contraindications. *BMJ*. 2002 10; 325(7369): 891-894. DOI 10.1136/bmj.325.7369.891.
74. Murray CJ, Evans DB, Acharya A, Baltussen RM. Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Econ*. 2000 Apr; 9(3): 235-251.
75. Sacristán J, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto J. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit*. 2002; 16(4): 334-343.
76. Miragaya LC, Riera TE, González PA, Toledo FA, Sanchez GA. Evaluación económica de la atención farmacéutica (AF) en oficinas de farmacia comunitarias (Proyecto TOMCOR). *Rev Esp Econ Salud*. 2002; 1(4): 45-59.
77. Stoddart G, Torrance G, O'Brien B, Drummond M. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

11. Anexos

11.1 Anexo 1: Indicadores clínicos, económicos y humanísticos

11.1.1 Indicadores de proceso: clínicos

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
PRO 1 Duración de la entrevista con el paciente	Cuantitativa continua	Minutos que el farmacéutico dedica, durante la realización de la primera entrevista con el paciente, para obtener la información que necesita para hacer el servicio de SFT a ese paciente.	[Hora de finalización de la visita - Hora de inicio de la visita]
PRO 2 Lugar de la entrevista con el paciente	Cualitativa dicotómica	Emplazamiento dentro de la farmacia donde el farmacéutico realiza la primera entrevista al paciente. Categorías: – Realización en ZAP – No realización en ZAP	Registrado por el farmacéutico
PRO 3 Información obtenida del paciente sobre los medicamentos	Cualitativa policotómica	Tipo de información que el farmacéutico obtiene del paciente para realizar el servicio de STF en cuanto a sus medicamentos Categorías: – Ninguna – Bolsa de medicamentos – Referida por el paciente – Objetiva y referida por el paciente	– Ninguna: No se dispone de información sobre los medicamentos – Objetiva: Bolsa de medicamentos, informe del médico, registro de la farmacia – Referida por el paciente: Sólo lo referido por el paciente – Objetiva y referida por el paciente: Lo referido por el paciente y bolsa de medicamentos, informe del médico, registro de la farmacia
PRO 4 Contactos adicionales	Cuantitativa continua	Minutos que el farmacéutico dedica, durante los contactos adicionales con el paciente después de la primera entrevista para obtener la información que necesita para hacer el servicio de SFT a ese paciente	Registrado por el farmacéutico

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
PRO 5	Variable cualitativa policotómica	<p>Tipo de información que el farmacéutico obtiene del paciente para realizar el servicio SFT en cuanto a sus problemas de salud</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Objetiva - Referida por el paciente - Objetiva y referida por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna: No se dispone de información sobre los problemas de salud - Objetiva: Informes diagnósticos - Referida por el paciente: Sólo lo referido por el paciente - Objetiva y referida por el paciente: Lo referido por el paciente e informes diagnósticos
PRO 6	Variable cualitativa policotómica	<p>Tipo de información que el farmacéutico obtiene del paciente para realizar el servicio de SFT en cuanto a sus problemas de salud</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Objetiva - Referida por el paciente - Objetiva y referida por el paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna: No se dispone de información sobre el control de los problemas de salud - Objetiva: Análíticas de laboratorio, mediciones domiciliarias, mediciones realizadas en la farmacia - Referida por el paciente: Sólo lo referido por el paciente - Objetiva y referida por el paciente: Lo referido por el paciente y analíticas de laboratorio, mediciones domiciliarias, mediciones realizadas en la farmacia.
PRO 7	Variable cualitativa dicotómica	<p>El farmacéutico consulta fuentes bibliográficas para complementar la información del paciente antes de la evaluación de la farmacoterapia</p> <p>Categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí - No 	<p>Registrado por el farmacéutico</p>
PRO 8	Cuantitativa continua	<p>Minutos que el farmacéutico dedica a la búsqueda de información en fuentes bibliográficas</p>	<p>[Hora de finalización de la fase de estudio - Hora de inicio de la fase de estudio]</p>

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
PRO 9	Cuantitativa continua	Minutos que el farmacéutico dedica a la elaboración del estado de situación del paciente	[Hora de finalización del estado de situación - Hora de inicio del estado de situación]
PRO 10	VARIABLE cualitativa dicotómica	Realización de las preguntas de la evaluación de la farmacoterapia por el farmacéutico para la identificación de RNMs o riesgos de RNMs Categorías: - Sí - No	Se considerará SI cuando el farmacéutico conteste “S”, “N” o “?” a todas las preguntas de la evaluación de la farmacoterapia para cada medicamento o estrategia terapéutica en las casillas N,E,S de la hoja de estado de situación
PRO 11	Cuantitativa continua	Minutos que el farmacéutico dedica a la elaboración del plan de actuación del paciente	[Hora de finalización del plan de actuación - Hora de inicio del plan de actuación]
PRO 12	VARIABLE discreta	Número de objetivos terapéuticos establecidos durante el servicio de SFT del paciente	Registrado por el farmacéutico
PRO 13	VARIABLE discreta	Número de intervenciones realizadas durante el servicio de SFT del paciente	Registrado por el farmacéutico

11.1.2 Indicadores de resultado: clínicos

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
RES 1 Identificación de PRMs	Variable cualitativa dicotómica	Identificación en el paciente de problemas relacionados con los medicamentos, entendidos como “circunstancias, en el proceso de uso de medicamentos, que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos” Categorías: – Clasificación de FORO ⁴	Registrado por el farmacéutico
RES 2 Identificación de RNMs	Variable cualitativa policotómica	Clasificación del IRNM identificados, entendidos como “problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos” ⁴ – Necesidad – Efectividad – Seguridad	La detección y valoración de estos RNM se realizará mediante la utilización y medición de variables clínicas (síntomas, signos, eventos clínicos, mediciones metabólicas o fisiológicas) que permitan determinar si la farmacoterapia cumple o no cumple con su propósito
RES 3 Tipo de intervenciones del plan de actuación	Variable cualitativa policotómica	Tipo de intervenciones realizadas para la consecución de alguno de los objetivos terapéuticos propuestos Categorías: – Intervención sobre la cantidad de medicamentos – Intervención sobre la estrategia farmacológica – Intervención sobre la educación al paciente – Otros	Registrado por el farmacéutico

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
RES 4	Variable cualitativa policotómica	Destinatario de intervenciones realizadas para la consecución de alguno de los objetivos terapéuticos propuestos Categorías: – Intervención con el médico – Intervención con el paciente – Intervención con el médico y paciente	Registrado por el farmacéutico
RES 5	Variable cualitativa dicotómica	El destinatario de la intervención “acepta” la intervención propuesta por el farmacéutico. Pendiente de concretar la aceptación Categorías: – Aceptado – No aceptado	Registrado por el farmacéutico
RES 6	Variable cualitativa dicotómica	El “problemas de salud, cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos” ⁴ identificado desaparece tras la intervención del farmacéutico Categorías: – Resuelto – No resuelto	Registrado por el farmacéutico
RES7	Variable cuantitativa discreta	Número total de medicamentos que utiliza el paciente	Lo registrado por el farmacéutico
RES8	Variable cuantitativa discreta	Número de medicamentos inapropiados identificados, entendidos como: “Medicamentos que deberían ser evitados en las personas mayores de 65 años, por ser inefectivos o suponer un alto riesgo innecesario y disponerse de una alternativa más segura” ⁶⁷	Identificados mediante los criterios BEERS

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
RES9 Control de problemas de salud	Variable cuantitativa discreta	Grado de control del problema de salud del paciente – Controlado – No controlado	El control se establecerá de forma diferente en función del problema de salud: – Parámetros clínicos – Percepción del paciente – Adherencia a las guías

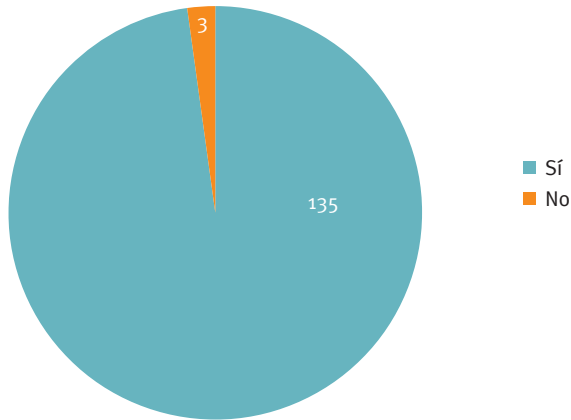
11.1.3 Indicadores de resultado: económicos y humanísticos

Indicador	Tipo	Explicación	Medidas
RES10 Calidad de vida relacionada con la salud	Variable cuantitativa continua	Años de vida ajustados por la calidad (AVAC)	Cuestionario EuroQoL-5D (EQ-5D)
RES11 Coste del servicio de SFT	Variable cuantitativa continua	Suma de los tiempos multiplicado por la tarifa	Lo registrado por el farmacéutico
RES12 Coste de los medicamentos	Variable cuantitativa continua	Precio Venta al público de los medicamentos del paciente	Basado en la información del Bot PLUS 2010

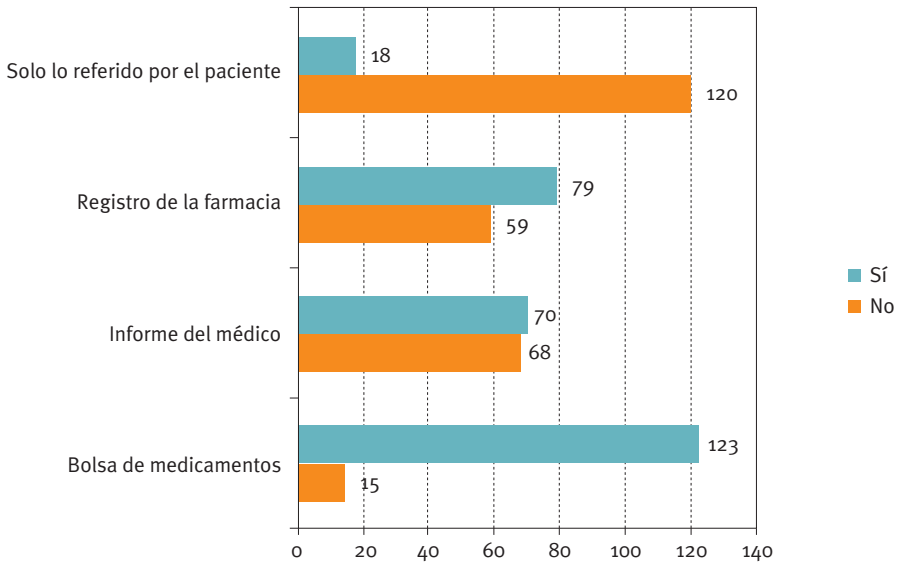
11.2 Anexo 2: Indicadores de proceso del servicio de STF

Para evaluar la prestación del servicio de SFT en las farmacias se midió uno indicadores de proceso que se describe en continuación.

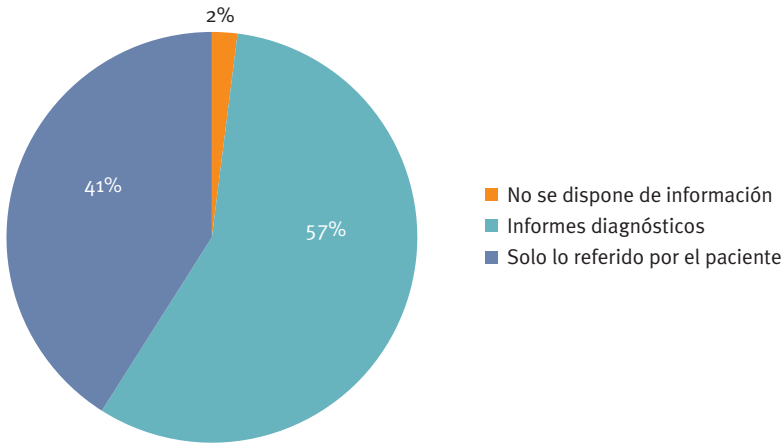
1. ¿La entrevista ha sido realizado en una zona de atención personalizada (ZAP)?



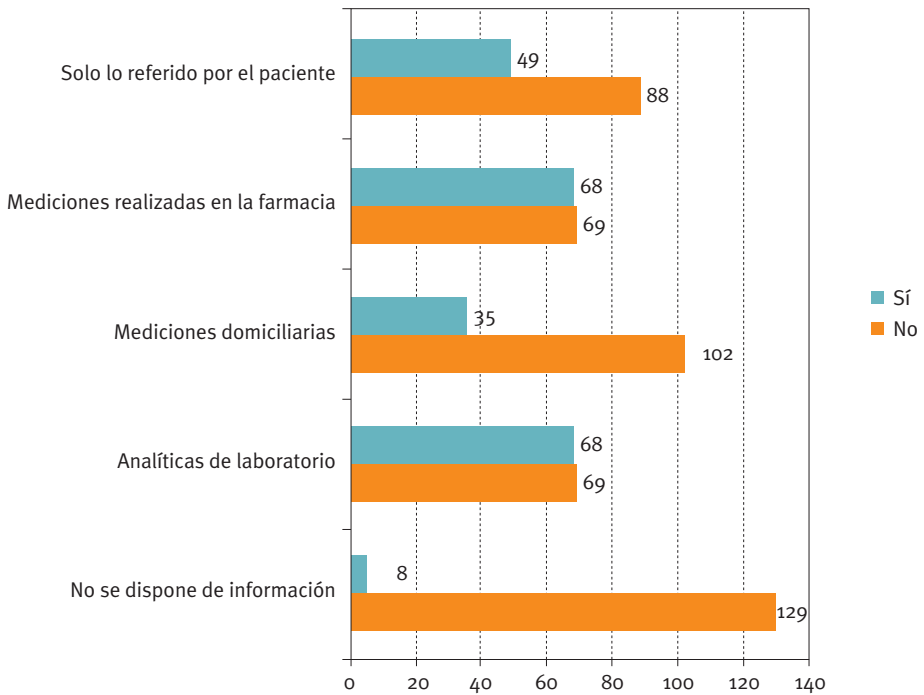
2. ¿Cuál era la fuente de información de los medicamentos del paciente?



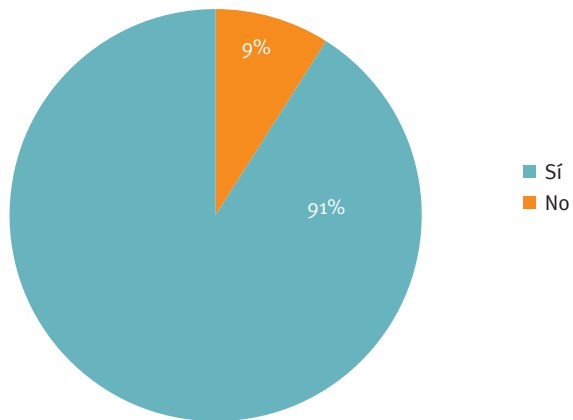
3. ¿Cuál era la fuente de información sobre los problemas de salud del paciente?



4. ¿Cuál era la fuente de información sobre el control de sus problemas de salud?



5. ¿Se dispone de información sobre las preocupaciones del paciente sobre sus problemas de salud?



11.3 Anexo 3: Resumen del Grupo Focal (GF) en Cádiz

Resumen

- Existe una queja generalizada por la corta duración del piloto (2 meses). Se entiende que es poco tiempo para captar 10 pacientes con unas características determinadas (>65 años y >5 M); se opina que no da tiempo para evaluar los resultados consecuencia de las intervenciones que se realizan.
- Demasiados formularios y de cumplimentación compleja. Se manifiesta también la dificultad de medir los diferentes tiempos de los distintos procesos (el más sencillo las entrevistas con los pacientes que se realizan sin interrupciones).
- El servicio de STF exige mucho tiempo, lo que se traduce en la necesidad de más personal si se quiere realizar a un número importante de pacientes.
- A pesar de la satisfacción generalizada con la actuación de los Formadores Colegiales (FoCo) la percepción de los facilitadores del GF es que ni los farmacéuticos tienen clara la utilidad de dichos FoCo (aportan soluciones a cualquier aspecto del procedimiento del servicio de SFT en el que surjan problemas, como por ej., dificultad de reclutar pacientes, qué tipo de intervención es más oportuna, cómo la hago, cómo comunico con el médico, etc.).
- Expresión, casi general, de dificultad e inseguridad a la hora de decidir y elaborar las intervenciones. Da la sensación de que les pesa la responsabilidad de la toma de decisión de intervenir o no. Desean apoyo clínico al respecto.

1. Describe tus experiencias con el proceso total para el servicio de SFT

- a. *¿Qué pasos has tenido que dar para comenzar a realizar el servicio?*
- b. *¿Cómo ha encajado la realización de este servicio en el trabajo diario de la farmacia?*
- c. *¿Has conseguido sacar tiempo para poder realizarlo?*

- Tiempo breve, demasiado breve (2 meses).
 - Los resultados de las intervenciones no pueden medirse.
 - Exige estar muy activos a la hora de captar 10 pacientes rápido, sin supuestas patologías, sólo por cumplir los requisitos del programa (mayores polimedificados).
 - 10, son muchos pacientes para el poco tiempo con el que hemos contado.
 - No hay problema a la hora de captar pacientes, hacer los estados de situación, etc., pero sí a la hora de hacer las intervenciones (IF) (no hay tiempo para evaluar los resultados de las IF).
 - Sin embargo, se afirma que *“hemos querido y hemos podido”* (además nos ha permitido ver las *barbaridades que hace la gente con los medicamentos*, aún cuando a priori pensábamos que eran pacientes sin necesidades de SFT).
 - Trabajar con un margen de tiempo tan corto produce estrés pero aunque ha sido un reto, sabemos que se puede hacer SFT incluso en dos meses.

- Se opina que debería ampliarse el paciente objetivo (>65 años y >5M).
 - Otros pacientes pueden necesitar el servicio de SFT.
 - Es mejor ofertar el servicio cuando el paciente lo demanda o el farmacéutico ve que lo necesita y no porque cumpla con unos criterios predefinidos.
 - El haber trabajado con pacientes predefinidos ha permitido detectar pacientes que de otra manera no habrían recibido el servicio y que al final se ha visto que lo necesitaban.
 - Se ha elegido gente que no demandaba el servicio sino que simplemente cumplía con los criterios de selección; a pesar de eso ha habido mucho trabajo que realizar.
- El tiempo para realizar el servicio de SFT en la farmacia es un gran problema.
 - El personal de las farmacias está ajustado al trabajo que realiza la farmacia y cualquier adición de trabajo, por ejemplo la inclusión de un nuevo servicio, supone un desajuste laboral.
 - Hay que compaginar el servicio de SFT con los quehaceres diarios de la farmacia.
 - Necesita dedicación, es decir, tiempo.
- Muy complicado medir los tiempos de las distintas fases del procedimiento.
 - Gran dificultad.
 - Se hacía por aproximación (salvo en las entrevistas, sin interrupciones, que se podía medir bien).
- Muy complicada la Fase de Estudio (FE) (*estamos verdes en la fase de estudio*).
- Es preciso llevarse el trabajo a casa. En la farmacia no hay tiempo. Esto es especialmente importante en los adjuntos.
- La FE en casa o fuera del horario laboral (adjuntos). Al hacer el servicio de SFT se abandonan los trabajos habituales de la farmacia con lo que el resto del equipo debe entenderlo.
- Es muy tedioso rellenar los formularios (mucho tiempo y un papeleo horroroso).
 - Aunque hay demasiada documentación que rellenar, es una buena introducción a la AF.
- La respuesta de los médicos, en general, ha sido muy positiva.
 - En algún caso se ha dado alguna charla en los centros de salud.
 - La “obligación” de hablar con los médicos ha permitido obtener resultados inesperadamente buenos.
- Los pacientes están encantados y muy colaboradores.
 - He creado un vínculo nuevo con los pacientes.

2. ¿Cuáles han sido los aspectos más positivos en relación a las diferentes fases que suponen la prestación del servicio?

a. Selección de pacientes y oferta del servicio

- Hay pacientes que mejoran y están más colaboradores. De hecho, acuden a la farmacia con más frecuencia que las citas establecidas y programadas.

b. Realización de la primera entrevista

- Tenía pánico a recoger el consentimiento informado.
 - Se opina que el consentimiento informado está mal redactado.

c. Fase de estudio y evaluación del estado de situación (ES)

- Satisface actualizar conocimientos.
 - El tiempo empleado en las fases de estudio (se manifiesta que son muy duras) disminuirá a medida que se repitan las patologías.
 - “*He descubierto el Bot PLUS*”.
 - Es algo muy positivo.
 - Las IF, debido al corto espacio de tiempo, han sido más densas y más intensas, teniendo que abordar a la vez varios RNM.
- El hacer una FE te hace estudiar cosas que ya tenías olvidadas.
- Hemos contado con un protocolo claro y concreto.

d. Colaboración con el médico

- Cuando se hace una intervención (IF) aceptada por el médico, los pacientes acuden a la farmacia muy contentos.
- Esto debería ser lo más importante.
- La relación con el médico (reunión personal).
- Muy positiva la experiencia de las intervenciones con el médico.

e. Relación con el paciente

- Incluso se ha producido una “demanda voluntaria” del servicio; algunos pacientes de la farmacia se han enterado de que se está haciendo el servicio de SFT han “pedido” entrar en el programa.
- Se ha creado demanda y se ha mejorado la imagen de la farmacia.
- Con conSIGUE se consigue un acercamiento mucho mayor a los pacientes (se gana confianza; la colaboración con el paciente es mayor).
- Pacientes que desconocían este servicio y que ahora se benefician del mismo.
- El beneficio que consigue el paciente; un cardiólogo afirmó, “*el farmacéutico te acaba de salvar la vida*”.
- Se solucionan PS a pacientes en los que “*he encontrado cosas que desconocía*”
- Se crea un vínculo especial con el paciente al que se fideliza.
- Los pacientes están deseando que alguien les escuche.

f. Equipo de la farmacia

- Se ha trabajado más en equipo dentro de la farmacia.
- Se han creado nuevos vínculos entre los miembros del equipo, realizándose incluso pequeñas sesiones clínicas.
- Los adjuntos han perdido el miedo que tenían a comenzar a realizar el servicio de SFT.

g. Otros

- Un grupo de farmacéuticos de Cádiz se ha reunido en un proyecto común y han conseguido salir de la rutina y del habitual aislamiento de los farmacéuticos. Esto ha servido para motivar a los farmacéuticos y a darse cuenta de que no están solos.

3. ¿Cuáles han sido los aspectos más negativos en relación a las diferentes fases que suponen la prestación del servicio?

a. Selección de pacientes y oferta del servicio

- Algunos pacientes decían que iban a venir y “no venían”: en alguna ocasión se afirma que los pacientes pensaban que a lo mejor, este programa estaba planteado “*para que les quitásemos sus medicamentos*”.
 - Se trata de un “*acuerdo del sistema para quitarnos medicamentos*”.
- El incumplimiento de los plazos por los pacientes. Tenían temor a que les quitásemos sus medicamentos.
- El documento de consentimiento informado puede asustar a los pacientes.
 - El consentimiento informado ha hecho que pierda algunos pacientes (tenían miedo a firmar nada).
 - El problema de la firma del consentimiento algunos lo han solucionado incluyendo dicha firma en la entrevista inicial; cuando esta está ya muy avanzada se le dice al paciente que como le ha dado mucha información, algo de documentación, etc., es bueno que firme un documento para garantizar su confidencialidad (*es mejor firmar el consentimiento durante la entrevista, no antes*).
- Se debería ampliar el rango de personas hasta 60 años.
 - Hay muchos polimedicados con 60 años. De 60 a 65 hay muchos que además pueden ser más cooperadores porque comprenden mejor lo que se les dice. De 65 a 70 “vale”. De 70 en adelante poco se puede hacer con ellos, debido a su incomprensión y desconocimiento.

b. Realización de la primera entrevista

- Los documentos que hay que cumplimentar.
 - Exceso de formularios y registros.
 - Hay que simplificarlo, reducirlo y racionalizarlo.
 - En la formación no se explica cómo cumplimentar los registros.
 - Si se puede informatizar este tema, mejor.
- Demasiado tiempo entre la primera entrevista y la segunda.
- Medición de tiempos parciales de las distintas fases/subprocesos del procedimiento.

c. Fase de estudio y evaluación del estado de situación (ES)

- El tiempo que lleva la realización del servicio de SFT.
- La FE es fundamental, para “hacer buenos cimientos”.
- Lo más difícil es tener la “certeza” de que hay que intervenir y sobre qué.

- El paso de una buena EI a un ES que facilite la FE, ayuda a mejorar y dar confianza a la hora de la IF.
- El inicio con el Bot PLUS ha sido muy complicado (luego es una buena herramienta con mucha información).
- Falta conocimiento clínico.

d. Colaboración con el médico

- Entre los adjuntos, en general, se afirma que los titulares son los encargados de la relación con el médico, que se hace por teléfono y cuando es escrita, se prepara en común aunque firme el titular.
- En ocasiones, aprovechando que el médico va a la farmacia, se le aborda y se le pide opinión.

e. Relación con el paciente

- Captar pacientes “útiles” ha sido difícil, aunque al final se ha conseguido. La falta de tiempo suponía un reto, pero a su vez ha servido como un revulsivo y ha permitido, dado el tipo de pacientes que había que seleccionar, que nos hayamos dado cuenta de que hay pacientes que creíamos que no nos necesitan y en realidad sí necesitan el servicio de SFT.
- Es muy difícil el control del tiempo, la medida de los tiempos de los diferentes subprocesos del servicio de SFT.
- Hay pacientes que se han enfadado porque no han sido incluidos en el estudio.

4. ¿Qué métodos has utilizado para registrar los datos del paciente? ¿Las hojas de registro? ¿Bot PLUS? ¿Otro?

a. ¿Para qué has utilizado Bot PLUS? ¿Para buscar información? ¿Para registrar los datos?

b. ¿Cuáles de los métodos te parecen más útiles?

- En muchos casos se introducen los datos en Bot PLUS (M y PS para cruzar datos y obtener información sobre interacciones, duplicidades, etc. como una primera aproximación) y después se vuelve a introducir los datos en los registros de **conSIGUE**.
 - Duplicidad de trabajo. Se introducen los datos dos veces.
- En otros casos se usan los registros del **conSIGUE** y el Bot PLUS sólo como herramienta de información adicional.
- En algún caso se ha planteado la participación en **conSIGUE** con el objetivo oculto de mejorar la utilización y adaptación al Bot PLUS y se ha conseguido.
- En algunos casos la entrevista inicial se realiza con una hoja en blanco sin seguir el esquema de **conSIGUE** (se trata de farmacéuticos entrenados que ya saben qué datos necesitan).
- En el ES había poco espacio para identificar el M (nombre del principio activo y Código Nacional).

- Tanto en Bot PLUS como en la documentación **conSIGUE** falta espacio para incluir notas, observaciones, aclaraciones personales, etc.
- Sería bueno que “alguien” corrija los casos que se han realizado.

5. ¿Qué etapas del servicio de SFT te parecen difíciles? ¿Por qué? ¿Cómo crees que se podría mejorar el procedimiento?

- ¿Cuál es la parte más difícil que te ha supuesto más dificultades? ¿A qué crees que se han debido estas dificultades?*
- ¿Cambiarías algo en la forma en que se ha planteado el proceso del servicio de SFT en este proyecto?*

- Documentación menos densa.
 - La hoja de la primera entrevista no siempre resulta útil (los que tienen cierta experiencia prefieren utilizar una hoja en blanco).
 - En el ES no aparece el IMC, dato que es importante a la hora de evaluar aspectos de la medicación del paciente.
 - La hoja de “calidad de vida” en dos meses no va a variar (No se van a producir modificaciones). Sin embargo, se manifiesta que es una buena idea la escala de 0 a 10.
 - Respecto a la autoevaluación sobre calidad de vida se opina que el paciente no es que mienta sino que no está acostumbrado a autoevaluarse, valoración que además se entiende como muy subjetiva.
 - Un participante afirma que “*O son muy cumplidores o nos engañan*” a lo que otros contestan que han encontrado tasas elevadas de incumplimiento.
- ¿Qué es lo que más te ha ayudado a la hora de hacer el servicio de SFT en tu farmacia?*
 - ¿Crees que necesitas más formación en alguna área concreta?*
- Lo más difícil es la Fase de Estudio.
 - Ritmo de trabajo frenético (“*he estudiado en un mes más que en los últimos 20 años*”).
 - Decidir la IF (*¿cuál elijo?*).
 - La IF es algo subjetivo (“*no estamos seguros*”). Nos falta confianza.
 - Dudas si decantarme por la preocupación del paciente o por lo que yo entiendo que es prioritario.
 - Falta formación y experiencia clínica.
 - Cuando hay más de un farmacéutico en la farmacia, cada uno plantea una opción diferente a la hora de intervenir.
 - Muy útiles las guías de práctica clínica que ayudan mucho.
 - Para esto ha ayudado mucho la presentación de Christian: “*las charlas del chileno, muy buenas; se podrían ampliar*”. En cambio se deberían reducir y dar menos importancia a la comunicación farmacéutico – paciente (darle menos peso, pero sin ignorarlo).

- El Historial Farmacoterapéutico podría ayudar. Nos tenemos que basar en información de pacientes ancianos que en ocasiones desconocen gran parte de sus problemas.
- Hacer la IF. *Uno es reacio no se si porque necesitas del médico, o porque te falta conocimiento, o falta clínica,... pero decidir sobre qué intervenir es muy difícil.*
 - Interpretar las palabras de los pacientes (sin tener informes clínicos).
 - Interpretar ciertas analíticas con parámetros complejos; nos ha costado interpretarlos incluso con la participación de los FoCo (CIM).
- En algún caso la oferta del servicio se ve como lo más difícil (pero no se pide ayuda a los FoCo; si se les pregunta la respuesta es que no se preocupen, que sigan insistiendo, en lugar de cambiar de estrategia de la oferta).
 - En la oferta del servicio, hay problemas por el perfil del paciente predefinido en **conSIGUE**. Se opina que en pacientes jóvenes se puede intervenir más fácil (comprenden mejor) y en ocasiones tienen más necesidades.
- En algún caso la comunicación con el médico (en estos casos tampoco se pide ayuda a los formadores colegiales).
- Mucha complicación con el papeleo que se mejoraría informatizándolo.
 - La hoja de la primera entrevista muy compleja.
- Medir los tiempos parciales.
- Lo que más nos ha ayudado es:
 - Los métodos y medios para obtener información clínica que es lo que más nos falta.
 - Motivación derivada de la charla de Charlie.
 - Siempre ha habido apoyo de los colegios, por lo que los FoCo los hemos vistos como algo a lo que ya estamos habituados. De todas formas, el apoyo en **conSIGUE** ha sido más personalizado (“*me veía más arropado*”).
 - He reorganizado la farmacia, e incluso he incorporado un adjunto durante ese mes.
 - En algún caso, para los auxiliares (hermanos del titular) esto del SFT es una tontería: ellos sacan el trabajo y el farmacéutico se sienta a charlar con la gente.
 - Ha servido para que los adjuntos se introduzcan en el mundo de la AF.

6. Describe tus experiencias con respecto a la colaboración con el médico

- a. *¿Cuáles vías de comunicaciones has utilizado? ¿Has hablado con el médico cara a cara?*
 - b. *¿En qué parte has encontrado más dificultad?*
 - c. *¿Cuál te ha parecido más fácil?*
- Se han utilizan todos los métodos de comunicación, verbal (telefónica, presencial (cara a cara)) o por escrito.
 - Debido al escaso tiempo se han realizado intervenciones más extensas que las habituales utilizándose comunicación verbal, escritos abiertos y cerrados.

- En general, aunque con excepciones, la relación y la respuesta de los médicos se percibe como buena.
 - Un médico dijo “*el tándem farmacéutico-médico es muy importante*”.
 - La mejor respuesta es cuando tras una IF el médico modifica el tratamiento.
- Escrita:
 - “*La comunicación escrita es más formal*”.
 - Se opina que la IF escrita es más difícil que la verbal.
 - Los médicos prefieren informes escritos; en ocasiones incluso después de hablar con el médico, pedían un informe escrito.
 - Se opina que a los especialistas es mejor realizar la comunicación escrita.
 - Cuando el paciente entrega un escrito de un farmacéutico al médico, el paciente está delante lo que es una ventaja.
 - En algún caso se ha utilizado el e-mail para la comunicación con el médico.
- Verbal:
 - Lo mejor es hablar directamente con el médico.
 - Cuando hay confianza lo mejor es la comunicación telefónica.

d. ¿Qué crees que habría que hacer para facilitar la accesibilidad a los médicos?

- Que nos conozcan más.
- Que reciban intervenciones bien trabajadas.
- Participar en sesiones clínicas en los centros de salud.
- Que se produzcan reuniones a nivel institucional para que los médicos sepan de qué estamos hablando.
- Que se conozcan mejor los médicos y los farmacéuticos.
- Muchos médicos no conocen los servicios de AF, porque no se hacen.
- Se podría mejorar la relación con el médico consiguiendo resultados ya que después los médicos hablarán entre sí poniendo bien al farmacéutico.
- Las reuniones con médicos son muy importantes. Se han hecho reuniones a nivel personal de farmacéuticos que han hablado en los centros de salud.
- Cuando se haga cualquier tipo de reunión con médicos, siempre deben estar presentes farmacéuticos de la zona de influencia del centro de salud.
- Parece que los médicos están de acuerdo en que el farmacéutico haga el servicio de SFT.

7. ¿Cuál es tu impresión general con el programa conSIGUE?

a. Formación

- Corta e incompleta. Se debería enfocar más a la clínica y a los procedimientos del **conSIGUE**. Al menos, se debería completar totalmente un caso.
- Muy buena (adjuntos).
- Escasa (adjuntos).
- Demasiado densa en poco tiempo (una formación más amplia daría seguridad). *Cristian es el mejor*. Se solicita que se profundice más, que se dé más clínica que es lo que los farmacéuticos demanda.

- Es interesante realizar más casos clínicos.
- Rápida e interesante.

b. Manual

- Está bien.
- Sirve de ayuda, aunque es demasiado extenso (adjuntos). Sirve de consulta.
- No se ha leído entero, pero se considera necesario tenerlo. Algunos lo han consultado otros lo han ojeado.
- Una vez que comienzas a hacer SFT, no lo usas ni para consulta.
- Útil para aclarar las diferencias entre RNM y PRM, así como para mostrar ejemplos. Aclara terminología y muestra ejemplos.

c. Formador colegial

- Las visitas *“me han servido para cumplir los plazos”*.
- Nos aportan bibliografía.
- Actúan como motivadores.
- Muy bien (adjuntos: ambos GF).
- Cuando van a venir, te obligan a cumplir plazos y además ayudan a solucionar problemas (cumplimentación de registros).
- En un caso se pidió ayuda para mejorar la captación de pacientes y la respuesta fue: *“sigue intentándolo”*.
- No es útil que los FoCo vayan a las farmacias de los farmacéuticos que ya hacen SFT; sí puede ser útil en aquellos que comienzan, ya que sirven de apoyo. En estos casos, marcan la pauta y solucionan los problemas que van surgiendo.
- Deberían readaptarse para optimizar recursos. Yendo sólo a las farmacias que lo necesitan (a las que están comenzando).
- Se plantea la posibilidad de utilizar un foro en la web donde se pueden obtener respuesta a las dudas que se planteen donde pueden responder tanto los FoCo como otros farmacéuticos participantes.

d. Registros

- Resumir las hojas, sobre todo la de la primera entrevista.
- Mucho papel. Exige tiempo pero somos conscientes de que se trata de un trabajo de investigación.
- El registro de la hoja de intervención es demasiado engorroso contando con dos caras de un folio.
- A los participantes que no conozcan otros impresos, los de **conSIGUE** les pueden ser útiles.
- Podría utilizarse el mismo formato (mismo contenido) en una tamaño de papel mayor (A3).
- Cuando se escribe un ES (ES₁) y más adelante hay un único cambio, es preciso volver a escribir todo el nuevo ES (ES₂) entero, sin que se pueda utilizar la información que permanece constante.
- Muy difícil registrar los tiempos parciales de los subprocesos.

e. Política en relación con el conSIGUE (administración; consejo;...)(¿Y de la parte en la que se hablo del apoyo de la Administración, del Consejo General no comentáis nada?)

- Da idea de la dimensión y trascendencia que puede alcanzar todo esto.

8. Tenemos interés en conocer la posible rentabilidad del Servicio ¿Qué aspectos pensáis que hay que tener en cuenta para ello? En función de la respuesta, y si no enumeran ningún gasto ni coste, entonces hacer una pregunta más directa del tipo: ¿Y cuáles pensáis que pueden ser los gastos asociados a la prestación del servicio?

- Tiempo.
 - A lo mejor implica contratar a otra persona.
 - La farmacia tiene el personal que necesita; si se implantan otros servicios, hace falta personal adicional.
 - Los recursos humanos (si se hace SFT alguno deja de dispensar y hay que sustituir su trabajo).
- La complejidad de un paciente.
- Inversiones (recursos):
 - Bibliografía.
 - Estructura necesaria (ZAP) (acondicionar una zona de AP).
- Gasto en formación (formación continuada durante toda la vida).
- Acreditación. Tras la aparición del concepto de acreditación se comienza a hablar sobre especialización, carrera profesional, si se debe pagar al establecimiento o al farmacéutico que realiza el servicio, etc.

9. ¿Qué cambios, en caso de que los creas necesarios, sugerirías para mejorar el programa?

- Problema de dos adjuntos con los cambios de terminología (PRM vs. RNM).

10. ¿Cuál es tu opinión general acerca del Formador Colegial?

- ¿Te ha parecido útil su papel en el estudio?*
- ¿Ha sido capaz de resolver las dificultades que te han surgido en la realización del servicio de SFT?*
- ¿Crees que le faltaba algún tipo de formación necesaria para resolver las dificultades surgidas?*
- ¿Te han parecido suficientes las visitas que ha realizado a tu farmacia?*

- Muy positiva.
- Tres visitas en un mes es demasiado. Con dos visitas sería suficiente.
- Tres visitas es OK (adjuntos).
- Son excesivas para los que saben hacer SFT, pero útiles para el que se inicia.

- Es muy útil que te recuerden las fechas y que se presenten para forzar a cumplir los plazos: el día de la visita todos los papeles deben estar preparados.
- Sería suficiente una llamada de teléfono o un foro en una web (en este sentido ya se ha hecho algo en Facebook y parece que puede funcionar; se colgaron algunos casos...). Intervinieron participantes; esto también puede servir de motivador.
- En realidad se afirma que no se realizan preguntas sobre el procedimiento del servicio de SFT y los problemas que surgen sino sobre acceso a documentación e información sobre M y/o PS.

11. ¿Crees que en el futuro querrás proveer/ofrecer el servicio a tus pacientes? ¿Por qué sí o por qué no?

a. *¿Hay algún aspecto concreto en el que crees que necesitas una ayuda adicional para realizar este servicio en tu práctica habitual? (pago por el servicio)*

(Honorarios que creéis justos; aspectos sobre rentabilidad de servicios)

- Respuesta generalizada: sí, seguiremos haciendo el servicio de SFT.
 - Los 10 pacientes ya no los soltamos.
 - Hemos cambiado de actitud ante el paciente. Ahora es el momento, “*nos lo están pidiendo*”.
 - La farmacia tiene un personal ajustado; si hay que hacerlo en el futuro de una manera sistemática hay que coger más farmacéuticos para calcular el tiempo en función del costo de un adjunto.
 - El que se pague por el servicio lo profesionaliza más.
 - Te ayuda a ser mejor profesional (te formas más, te renuevas).
 - La farmacia es una profesión monótona que “*te puede llevar a la depresión*”. Con **conSIGUE** abordas cosas nuevas.
 - La formación aporta además satisfacción personal y consigues que el paciente se convierta en tu amigo para toda la vida.
 - *Tenemos que hacerlo.*
 - *Los adjuntos que hacen SFT son mejores adjuntos que los que no lo hacen.* Debería haber una especialización que influya en la carrera profesional que conlleve algún tipo de remuneración, agradecimiento... Unos se llevan trabajo a casa y otros no. Eso debe premiarse.
 - *Sí, es positivo.*
 - Con una visión de futuro, si queremos que esto sea duradero es necesario que se cobre.
 - Es la única forma de frenar la “*deriva comercial*” actual de la farmacia.
 - Todo profesional cobra por su conocimiento, ¿por qué el farmacéutico no?.
 - Cuando se hace “*por amor al arte*” como lo hemos venido haciendo algunos, esto fluctúa: un día estás animado y lo haces y otro lo vas dejando, por el motivo que

sea. Si se cobrara esto no pasaría y el servicio se estabilizaría: habría que hacerlo siempre.

- Esto no tiene marcha atrás.
- La remuneración es una forma de valorar el trabajo realizado.
- ¿Se debe pagar al establecimiento o al adjunto que hace el servicio de SFT?

12. Describe tu relación con el paciente cuando le estás realizando el servicio de SFT

a. *¿Has identificado alguna diferencia entre la relación con el paciente cuando realizas la dispensación y cuando realizas SFT?*

- Muy diferente.
- Totalmente diferente.
 - A veces te quieren pagar; nos llevan roscos y bizcochos.
 - Se establece un vínculo más íntimo, más personal.
 - Aumenta la relación personal y cambia la opinión del paciente sobre el fármaco. Te involucras, casi demasiado.
 - Se empieza a ver al farmacéutico como un agente sanitario lo que mejora la imagen que se tiene de la farmacia.
 - Los pacientes asumen una mayor responsabilidad y parece que cumplen más, como si se sintieran más comprometidos con su tratamiento.
 - Más confianza.
 - Como que se valora más al farmacéutico.
- Demasiado fantástica!!!!
- *iDos pacientes comenzaron a tratarme de Vd.!*
- En cuanto al consentimiento informado se afirma que *la gente es reacia a firmar algo que no entiende.*

b. *¿Qué motivos expusieron los pacientes que rechazaron participar?*

- Se renuevan ilusiones de los que ya, de alguna manera, estamos implicados en esto.
- Es algo que siempre he querido hacer. Me ha servido para dar el paso y ver que lo puedo hacer.

11.4 Anexo 4: Registros

REGISTRO DE LA FARMACIA: OFERTA DEL SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

¿Qué tiene que hacer el farmacéutico en la oferta del servicio?

En la oferta del servicio, el farmacéutico:

1. Identifica a los pacientes adultos mayores (de más de 65 años) y polimedicados (con 5 o más medicamentos).
2. Ofrece el servicio de SFT a estos pacientes, les explica verbalmente en que consiste el servicio, y les da la *Hoja de información para el paciente*.
3. Si el paciente acepta participar, les pide que firmen el *Documento de consentimiento informado*.
4. Recoge esta información en la *Hoja de registro del farmacéutico: oferta del servicio*.
5. Programa la primera entrevista con los pacientes que firman el consentimiento informado y les pide que traigan a esta entrevista una bolsa con todos sus medicamentos y los análisis más recientes que dispongan.



¿Qué registros tiene que usar el farmacéutico en la oferta del servicio?

En esta carpeta encontrarás todos los documentos necesarios para realizar y registrar la oferta del servicio de SFT:

1. Hoja de registro del farmacéutico: oferta del servicio.
2. Hojas de información para el paciente.
3. Consentimiento informado del paciente.

1. HOJA DE REGISTRO DEL FARMACÉUTICO: OFERTA DEL SERVICIO

- Los códigos asignados al farmacéutico y a cada paciente en esta hoja de registro, se utilizarán como identificadores en todos los documentos de registro del Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Los investigadores y formadores no tendrán acceso a los datos personales del paciente contenidos en esta hoja de registro.

	Código del farmacéutico	Nombre de pila del paciente	Respuesta del paciente ante el ofrecimiento del Servicio SFT	Código del paciente (solo los que aceptan participar)	Tiempo Minutos dedicados por el farmacéutico en la oferta del servicio y en reclutar al paciente	Teléfono de contacto del paciente
1	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
2	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
3	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
4	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
5	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
6	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
7	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
8	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
9	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
10	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
11	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
12	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
13	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
14	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
15	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____

Código de la farmacia: __ __

	Código del farmacéutico	Nombre de pila del paciente	Respuesta del paciente ante el ofrecimiento del Servicio SFT	Código del paciente (solo los que aceptan participar)	Tiempo Minutos dedicados por el farmacéutico en la oferta del servicio y en reclutar al paciente	Teléfono de contacto del paciente
16	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
17	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
18	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
19	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
20	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
21	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
22	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
23	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
24	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
25	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
26	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
27	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
28	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
29	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____
30	__ __	_____	<input type="checkbox"/> Acepta el servicio <input type="checkbox"/> No acepta el servicio	__ __	_____	_____

2. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del proyecto: Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en la farmacia comunitaria a pacientes mayores polimedicados. (Programa conSIGUE)

Investigador (farmacéutico que realice el servicio de SFT):

Objetivos: Los objetivos del estudio son detectar los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM), para prevenir y resolver los Resultados Negativos a la Medicación (RNM) en los pacientes mayores polimedicados que asistan a retirar su medicación en

una farmacia comunitaria. Para eso, serán hechas entrevistas consecutivas dentro del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a los Pacientes.

Procedimientos: Deseo participar en este estudio y conozco que:

1. Tendré un mínimo de tres citas con el farmacéutico investigador, durante 2-3 meses de seguimiento. Las citas trataran de coincidir con la recogida de mi tratamiento en la Farmacia.
2. En la primera cita, traeré todos los medicamentos que utilizo y contestaré a algunas preguntas sobre ellos y sobre mi historia clínica. Eso tardará aproximadamente 30 minutos.
3. En las citas subsecuentes el farmacéutico seguirá preguntándome sobre mi estado de salud y medicamentos que utilizo, además de contarme sobre lo que hemos hablado en la primera cita.

Beneficios: Puedo no tener beneficios directos con la participación en ese proyecto, como también puedo mejorar mi estado de salud por tener la contribución de otro profesional de la salud, el farmacéutico, que es el especialista en medicamentos. Además, tendré información sobre todos los medicamentos que tengo en mi tratamiento así como la posibilidad de aclararme las dudas que tenga sobre ellos.

Riesgos: En cuanto al estudio de Seguimiento Farmacoterapéutico, no tendré riesgos pues solamente tengo que contestar a las preguntas realizadas por el farmacéutico.

Información sobre Resultados del estudio: Los resultados de la investigación, conforme normativa vigente, se harán públicos mediante su difusión y posterior publicación en prensa científica, sin que se facilite ningún dato que le identifique o pueda llegar a identificarle.

Confidencialidad: Toda la información obtenida en este estudio es confidencial y será estrictamente utilizada para fines de investigación. Mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a la ley 15/1999 de 13 de diciembre así mismo podré solicitar en todo momento la información y resultados obtenidos de esta investigación relacionada con mi persona.

Derecho de acceso, rectificación o cancelación: Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, siendo yo libre para renunciar a seguir o no en la investigación en cualquier momento sin afectarme o poner en riesgo mi asistencia médica.

El Farmacéutico(a) _____ me ha comentado toda esa información poniéndose a disposición mía para contestar a cualquier duda que tenga, siendo por teléfono (_____).

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña, de años de edad y con DNI nº, manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación titulado “*Seguimiento Farmacoterapéutico a Pacientes Mayores polimedcados en la farmacia comunitaria (Programa conSIGUE)*”.

He sido informado/a de los posibles perjuicios en participar de este estudio. Y decido firmar este consentimiento de manera voluntaria.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO:

A participar de ese estudio	Sí__ No__
A recibir el servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico prestado por mi farmacéutico	Sí__ No__
A publicar mis datos clínicos resultantes de la investigación en prensa científica	Sí__ No__

Cádiz, a de de 2010.

Fdo. Paciente

Fdo. Farmacéutico

Código de la farmacia: ____ ____	Código del farmacéutico: o ____	Número de la visita: 01
Código del paciente: ____ ____	Fecha de la visita: ____ / ____ /2010	

VISITA 1: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

¿Qué tiene que hacer el farmacéutico en el análisis de la situación?

En el análisis de la situación, el farmacéutico:

Recibe la primera visita del paciente en el servicio de SFT:

1. Realiza la primera entrevista al paciente en la Zona de Atención Personalizada siguiendo el *Guión de la entrevista con el paciente*.
2. Registra la entrevista en la *Hoja de registro de la entrevista*.
3. Pide al paciente que cumplimente el *cuestionario de calidad de vida*.

Tras la visita del paciente, el farmacéutico realiza los siguientes pasos, utilizando la *Hoja de registro del estado de situación*:

4. Elabora el estado de situación con la información recogida durante la entrevista.
5. Realiza la fase de estudio sobre los problemas de salud y medicamentos del paciente.
6. Evalúa el estado de situación del paciente: Identifica y clasifica RNMs y riesgos de RNMs e identifica PRMs.



¿Qué registros tiene que usar el farmacéutico en el análisis de la situación?

En esta carpeta encontrarás todos los documentos necesarios para realizar y registrar todas las fases del servicio de SFT relacionadas con la primera visita del paciente:

1. El Guión de la entrevista con el paciente.
2. La Hoja de registro de la entrevista.
3. El Cuestionario de calidad de vida.
4. La Hoja de registro del estado de situación.

REGISTRO A. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. GUIÓN DE LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE

- El farmacéutico utiliza esta hoja para guiar las preguntas que hace al paciente en la primera entrevista del servicio de SFT.
- Los datos de esta hoja no serán utilizados como datos de la presente investigación.

1. DATOS PERSONALES	
a. Datos personales y sanitarios b. Antecedentes c. Situación fisiológica especial	
2. PROBLEMAS DE SALUD	
a. Todos los problemas de salud presentes en el paciente b. Fecha de aparición c. Grado de control d. Preocupación (Subjetiva del paciente) e. Información actualizada sobre los parámetros de control	
3. MEDICAMENTOS	
a. Todos los medicamentos que toma b. Estrategias terapéuticas (Uso de más de un medicamento para un mismo problema de salud) c. Pauta prescrita d. Pauta utilizada e. Médico prescriptor	
4. OTRA INFORMACIÓN	
a. Tratamiento no farmacológico que sigue el paciente b. Médico prescriptor	

Código de la farmacia: ____ ____
 Código del paciente: ____ ____

Código del farmacéutico: o ____
 Fecha de la visita: ____ / ____ /2010

Número de la visita: 01

2. HOJA DE REGISTRO DE LA ENTREVISTA

- El farmacéutico registra en esta hoja los indicadores de proceso de la entrevista realizada al paciente.

ENTREVISTA CON EL PACIENTE		Hora de inicio de la visita: Hora de finalización de la visita:	
Entrevista realizada en ZAP	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Fuente de información de los medicamentos del paciente (Puede seleccionarse más de una opción)	<input type="checkbox"/> No se dispone de información sobre los medicamentos <input type="checkbox"/> Bolsa de medicamentos <input type="checkbox"/> Informe del médico <input type="checkbox"/> Registro de la farmacia <input type="checkbox"/> Referido por el paciente		
Fuente de información sobre los problemas de salud	<input type="checkbox"/> No se dispone de información sobre los problemas de salud. <input type="checkbox"/> Informes diagnósticos <input type="checkbox"/> Referido por el paciente		
Fuente de información sobre el control de sus problemas de salud (Puede seleccionarse más de una opción)	<input type="checkbox"/> No se dispone de información sobre el control de los problemas de salud. <input type="checkbox"/> Analíticas de laboratorio <input type="checkbox"/> Mediciones domiciliarias <input type="checkbox"/> Mediciones realizadas en la farmacia <input type="checkbox"/> Referido por el paciente		
Información sobre la preocupación del pacientes sobre sus problemas de salud	<input type="checkbox"/> No se dispone información sobre las preocupaciones del paciente sobre sus problemas de salud <input type="checkbox"/> Si se dispone información sobre las preocupaciones del paciente sobre sus problemas de salud		
Contactos adicionales con el paciente*, relacionados con la primera visita del paciente	1 ^{er} contacto adicional	<input type="checkbox"/> Nueva visita del paciente a la farmacia <input type="checkbox"/> Contacto telefónico	Tiempo (Minutos que el farmacéutico dedica a este 1 ^{er} contacto adicional) _____ minutos
	2 ^o contacto adicional	<input type="checkbox"/> Nueva visita del paciente a la farmacia <input type="checkbox"/> Contacto telefónico	Tiempo (Minutos que el farmacéutico dedica a este 2 ^o contacto adicional) _____ minutos
	3 ^{er} contacto adicional	<input type="checkbox"/> Nueva visita del paciente a la farmacia <input type="checkbox"/> Contacto telefónico	Tiempo (Minutos que el farmacéutico dedica a este 3 ^{er} contacto adicional) _____ minutos

*El farmacéutico contacta con el paciente después de la primera entrevista para obtener más información para analizar la situación del paciente.

Código de la farmacia: ____ ____	Código del farmacéutico: 0 ____	Número de la visita: 01
Código del paciente: ____ ____	Fecha de la visita: ____ / ____ /2010	

3. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

- El paciente cumplimenta este cuestionario al finalizar la primera visita del servicio de SFT.

Colocando señalar (así ✓) en un cuadro en cada grupo abajo, por favor indique qué declaraciones mejor describen su propia salud hoy.

1. MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

2. CUIDADO PERSONAL

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

3. ACTIVIDADES COTIDIANAS (p.e. trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

4. DOLOR/MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

5. ANSIEDAD/DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Código de la farmacia: ____ ____
Código del paciente: ____ ____

Código del farmacéutico: 0 ____
Fecha de la visita: ____ / ____ / 2010

Número de la visita: 01

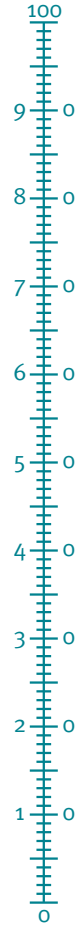
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “Su estado de salud hoy” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud HOY

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

Código de la farmacia: ____	Código del farmacéutico: 0 ____	Número de la visita: 01
Código del paciente: ____	Fecha de la visita: ____ / ____ / 2010	

4. HOJA DE REGISTRO DEL ESTADO DE SITUACION INICIAL

– Tras la primera entrevista con el paciente, el farmacéutico utiliza esta hoja para registrar la elaboración del estado de situación, la fase de estudio y la fase de evaluación.

Edad: _____ años Género: Hombre Nº de medicamentos prescritos del paciente: _____
 Mujer

FASE DE ESTUDIO				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____		
ESTADO DE SITUACIÓN								
Hora de inicio:		Hora de finalización:						
PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				
Fecha de inicio	Problema de Salud (PS)	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Principio activo (código nacional del medicamento)	Pauta		PRM (Proceso de uso de los medicamentos)
						Prescrita	Usada	
A)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante						RNM (Problemas de salud) Clasificación PS* <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad
B)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante						RNM (Problemas de salud) Clasificación PS* <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad
C)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante						RNM (Problemas de salud) Clasificación PS* <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad
D)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante						RNM (Problemas de salud) Clasificación PS* <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad

*Especifica cuál de los problemas de salud del paciente (A-F) corresponde a cada tipo de RNM identificado

Código de la farmacia: _____ Código del farmacéutico: 0 _____ Número de la visita: 01 Código del paciente: _____ Fecha de la visita: _____ / _____ / 2010

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS			EVALUACIÓN			IDENTIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE RNMs y PRMs	
Fecha de inicio	Problema de Salud (PS)	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Principio activo (código nacional del medicamento)	Pauta Prescrita Usada	N	E	S	RNM (Problemas de salud)	PRM (Proceso de uso de los medicamentos)
	E)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	F)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	G)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	H)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*

*Especifica cuál de los problemas de salud del paciente (A-F) corresponde a cada tipo de RNM identificado

OBSERVACIONES SOBRE EL PACIENTE DE INTERÉS PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE ESTE PACIENTE

	FECHA	PARÁMETROS

VISITA 2: PLAN DE ACTUACIÓN

¿Qué tiene que hacer el farmacéutico en el plan de actuación?

En el plan de actuación, el farmacéutico realiza los siguientes pasos, utilizando una *Hoja de registro del plan de actuación* para cada RNM o riesgo de RNM sobre el que interviene:

Prepara la segunda visita del paciente en el servicio de SFT:

1. Establece los objetivos terapéuticos e intervenciones para resolver los RNMs y/o riesgos de RNMs identificados en la primera visita.
2. Prepara, en caso de ser necesario, el material para la intervención (informe al médico, material educativo...).

En la segunda visita del paciente, el farmacéutico:

3. Inicia su intervención para lograr el objetivo terapéutico.
4. Registra la intervención en *las Hojas de registro del plan de actuación*.



¿Qué registros tiene que usar el farmacéutico en el plan de actuación?

En esta carpeta encontrarás las *Hojas de registro del plan de actuación*. El farmacéutico registra todas las intervenciones que realiza para prevenir o resolver los RNMs y riesgos de RNMs identificados en la visita anterior.

REGISTRO B. PLAN DE ACTUACIÓN

1. HOJA DE REGISTRO DEL PLAN DE ACTUACIÓN

– Rellenar uno para cada RNMs y riesgo de RNM sobre los que el farmacéutico va a intervenir.

INTERVENCIÓN Nº _____

IDENTIFICACIÓN		MEDICAMENTO/S IMPLICADO/S
RNM (Problema de salud)	PRM (Descripción)	
Situación del problema de salud <input type="checkbox"/> RNM (Problema de salud manifestado) <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM (Problema de salud no manifestado)	Clasificación del PRM <input type="checkbox"/> Administración errónea <input type="checkbox"/> Características personales <input type="checkbox"/> Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Dosis, pauta y/o duración no adecuada <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación	<input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Incumplimiento <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud que afectan al tratamiento <input type="checkbox"/> Probabilidad de efectos adversos <input type="checkbox"/> Problema de salud insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Otros _____
Clasificación del RNM <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad		

PREPARACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN ANTES DE LA SEGUNDA VISITA	
PREPARATIVOS DEL PLAN DE ACTUACIÓN	TIEMPO DEDICADO A LA PREPARACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN
<input type="checkbox"/> Material escrito para el paciente <input type="checkbox"/> Carta para el médico <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Ningún preparativo	Hora de inicio _____ Hora de finalización _____

Código de la farmacia: _____ Código del farmacéutico: 0 _____ Número de la visita: 01 Código del paciente: _____ Fecha de la visita: ____/____/2010

INTERVENCIÓN Nº _____

PLAN DE ACTUACIÓN			
Objetivo terapéutico (Descripción de cómo se consideraría resuelto o prevenido el RNM)		Descripción de la intervención	
	Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos	<input type="checkbox"/> Modificar la dosis <input type="checkbox"/> Modificar la dosificación <input type="checkbox"/> Modificar la pauta (redistribución de la cantidad)	
	Intervenir sobre la estrategia farmacológica	<input type="checkbox"/> Modificar un medicamento <input type="checkbox"/> Retirar un medicamento <input type="checkbox"/> Sustituir un medicamento	
	Intervenir sobre la educación del paciente	<input type="checkbox"/> Forma de uso y administración del medicamento <input type="checkbox"/> Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente) <input type="checkbox"/> Educar en medidas no farmacológicas <input type="checkbox"/> No está clara	

Paciente		Médico	
Vía de comunicación	Duración	Vía de comunicación	Duración
<input type="checkbox"/> Verbal con el paciente <input type="checkbox"/> Escrita con el paciente <input type="checkbox"/> Telefónica con el paciente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe

VISITA 3: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

¿Qué tiene que hacer el farmacéutico en la evaluación y seguimiento?

En la evaluación y seguimiento el farmacéutico realiza los siguientes pasos, utilizando una *hoja de registro de evaluación y seguimiento*.

En la tercera visita del paciente en el servicio de SFT:

1. Comprueba y registra el resultado de la/s intervención/es llevadas a cabo en la segunda visita.
2. Elabora el estado de situación final del paciente.



¿Qué registros tiene que usar el farmacéutico en la evaluación y seguimiento?

En esta carpeta encontrarás las *Hojas de registro de evaluación y seguimiento*.

REGISTRO C. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. HOJA DE REGISTRO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Duración de la visita		Lugar de la visita	
Hora de inicio		Visita realizada en ZAP	<input type="checkbox"/> Sí
Hora de finalización			<input type="checkbox"/> No

Resultado de la intervención N° ____

Resultado de la intervención <i>(Marca con una x la casilla correspondiente)</i>	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

--

--

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ¿cuándo? _____
-----------------------------	--

Duración de la visita		Lugar de la visita	
Hora de inicio		Visita realizada en ZAP	<input type="checkbox"/> Sí
Hora de finalización			<input type="checkbox"/> No

Resultado de la intervención N° ____

Resultado de la intervención <i>(Marca con una x la casilla correspondiente)</i>	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

¿Qué ocurrió con la intervención

¿Qué ocurrió con el problema de salud?

Programación de la siguiente visita	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ¿cuándo? _____

Código de la farmacia: ____
Código del paciente: ____

Código del farmacéutico: o ____
Fecha de la visita: ____ / ____ / 2010

Número de la visita: 01

Duración de la visita		Lugar de la visita	
Hora de inicio		Visita realizada en ZAP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hora de finalización			

Resultado de la intervención N° _____

Resultado de la intervención <i>(Marca con una x la casilla correspondiente)</i>	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

--

--

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿cuándo? _____
--

Duración de la visita		Lugar de la visita	
Hora de inicio		Visita realizada en ZAP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hora de finalización			

Resultado de la intervención N° _____

Resultado de la intervención <i>(Marca con una x la casilla correspondiente)</i>	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención aceptada		
Intervención no aceptada		

¿Qué ocurrió con la intervención

¿Qué ocurrió con el problema de salud?

Programación de la siguiente visita
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿cuándo? _____

Código de la farmacia: ____
Código del paciente: ____

Código del farmacéutico: o ____
Fecha de la visita: ____ / ____ / 2010

Número de la visita: 01

2. HOJA DE REGISTRO DEL ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

– Tras la primera entrevista con el paciente, el farmacéutico utiliza esta hoja para registrar la elaboración del estado de situación, la fase de estudio y la fase de evaluación.

Edad: _____ años Género: Hombre Nº de medicamentos prescritos del paciente: _____
 Mujer

FASE DE ESTUDIO			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____								
ESTADO DE SITUACIÓN													
Hora de inicio:		Hora de finalización:											
PROBLEMAS DE SALUD			MEDICAMENTOS		EVALUACIÓN		IDENTIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE RNMs y PRMs						
Fecha de inicio	Problema de Salud (PS)	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Principio activo (código nacional del medicamento)	Pauta Prescrita	Usada	N	E	S	RNM (Problemas de salud)	PS*	PRM (Proceso de uso de los medicamentos)
A)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante								Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*	
B)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante								Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*	
C)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante								Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*	
D)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante								Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*	

*Especifica cuál de los problemas de salud del paciente (A-F) corresponde a cada tipo de RNM identificado

Código de la farmacia: _____ Código del farmacéutico: 0 _____ Número de la visita: 01 Código del paciente: _____ Fecha de la visita: _____ / _____ / 2010

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS			EVALUACIÓN			IDENTIFICACIÓN SISTEMÁTICA DE RNMs y PRMs	
Fecha de inicio	Problema de Salud (PS)	Control	Preocupa al paciente	Fecha de inicio	Principio activo (código nacional del medicamento)	Pauta Prescrita Usada	N	E	S	RNM (Problemas de salud)	PRM (Proceso de uso de los medicamentos)
	E)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	F)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	G)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*
	H)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante							Clasificación <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> No necesidad <input type="checkbox"/> Inseguridad <input type="checkbox"/> Inefectividad	PS*

*Especifica cuál de los problemas de salud del paciente (A-F) corresponde a cada tipo de RNM identificado

OBSERVACIONES SOBRE EL PACIENTE DE INTERÉS PARA EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE ESTE PACIENTE

	FECHA	PARÁMETROS	

11.5 Anexo 5: La formación y papel de los formadores Colegiales de Cádiz

11.5.1 Programa de formación a los Formadores Colegiales

	Duración
Formación de formadores: habilidades emocionales, intervención y comunicación	4 días
Formación en el servicio de SFT (ver abajo)	4 días
Experiencias de un formador Colegial (Granada)	1 mañana/tarde
Asistencia al curso de formación de farmacéuticos	3 días

PRIMERA SESIÓN

Actividad	Hora de inicio	Hora finalización
Orden del día	16:00	16:05
Presentación del grupo de trabajo	16:05	16:15
Descripción del puesto de formador colegial	16:15	16:45
Presentación del proyecto	16:45	17:15
Formación política	17:15	18:00
Evaluación de la formación política	18:00	18:15
Descanso	18:15	18:30
Formación de formadores: habilidades emocionales, intervención y comunicación	18:30	19:15
Formación en estrategia, organización y rentabilidad	19:15	20:00
Evaluación de la formación en gestión	20:00	20:15

SEGUNDA SESIÓN

Actividad	Hora de inicio	Hora finalización
Orden del día	9:30	9:35
Lectura del manual	9:35	11:30
Formación en comunicación con el paciente	11:30	12:30
Evaluación de la formación en comunicación con el paciente	12:30	12:45
Formación en comunicación con el medico	12:45	13:30
Evaluación de la formación en comunicación con el medico	13:30	13:45
Comida	13:45	14:45
Formación en el servicio de SFT	14:45	15:45
Evaluación de la formación en el servicio de SFT	15:45	16:00
Formación clínica	16:00	17:00
Evaluación de la formación en clínica	17:00	17:15
Sistemas de comunicación entre en formador y el farmacéutico	17:15	17:45
Material para el formador colegial: recogida de datos	17:45	18:15
Dudas, sugerencias	18:15	18:30

TERCERA SESIÓN

Actividad	Hora de inicio	Hora finalización
Charla con el formador colegial de Granada	10:00	11:30

11.5.2 El papel de los Formadores Colegiales

Datos del programa

Nombre: Programa conSIGUE

Dirección: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Facultad de Farmacia.
Campus de Cartuja s/n. Universidad de Granada.

Población: Granada Provincia: Granada CP: 18071

Teléfonos: 958241931 Fax: 958241932

Persona de contacto: M^a Victoria García Cárdenas Email: mavigc@gmail.com

Teléfono: 696003353/ 958997313

Descripción del puesto

Descripción general

El formador colegial deberá realizar visitas y ofrecer apoyo continuo a las farmacias participantes en el proyecto, con la labor de solucionar cualquier dificultad o duda que le surja al farmacéutico en la realización del servicio de STF, o adaptación de la farmacia al servicio.

Tareas específicas

- Reclutar 30 farmacias: 15 en el grupo de intervención para la realización del servicio de SFT y 15 en el grupo control.
- Organizar de las clases de formación de los farmacéuticos participantes en el COF local (aula, horario, etc).
- Realizar un cronograma previo de visitas a las farmacias durante el desarrollo del proyecto.
- Visitar las farmacias (3 visitas a cada farmacia como mínimo).
- Solucionar posibles dudas o dificultades que le surjan al farmacéutico a la hora de realizar el servicio de SFT o adaptar la farmacia para la realización de este servicio.
- Poner en práctica del manual de formación del programa conSIGUE con los farmacéuticos.
- Proporcionar/Facilitar un email y teléfono de contacto a todos los farmacéuticos que van a participar en el proyecto.

Tareas del formador relacionadas con la investigación

- Comprobar que el farmacéutico ha completado correctamente todos los datos del check list.
- Completar las hojas de recogida de datos:
 - PRECEDE: uno por cada farmacia.

- Resumen de la visita: una por cada visita.
- Hoja de dificultades encontradas: una por cada dificultad.
- Actuar como nexo de unión entre los farmacéuticos participantes y el grupo de trabajo del programa **conSIGUE**.
- Proporcionar feed-back entre el responsable del grupo y el formador colegial mediante:
 - El envío de las hojas de resumen de visita a la farmacia y dificultades encontradas una vez finalizado el bloque de primera visita en todas las farmacias.
 - El envío de las hojas de resumen de visita a la farmacia, dificultades encontradas y PRECEDE una vez finalizado el bloque de segunda visita en todas las farmacias.
 - El envío de las hojas de resumen de visita a la farmacia, dificultades encontradas y PRECEDE una vez finalizado el bloque de tercera visita en todas las farmacias.
 - Contacto mínimo, una vez por semana, con la responsable del grupo de trabajo del programa **conSIGUE**.
- Organización de Grupos Focales con los farmacéuticos participantes en el programa.

Dedicación

- Asistencia a las clases de formación en Granada: 9, 10 y 11 de Febrero.
- Reclutamiento de 30 farmacias en Cadiz: del 1 al 16 de Marzo.
- Asistencia a las clases de formación de los farmacéuticos: 17, 18 y 19 de Marzo.
 - Del 25 de Marzo al 9 de Mayo: 3 días a la semana a tiempo total.
 - Del 22 de marzo al 5 de abril: primera visita.
 - Del 6 de abril al 20 de abril: segunda visita.
 - Del 21 de abril al 8 de mayo: tercera visita.
- Disponibilidad para contactar con los farmacéuticos vía telefónica.

Formación y aptitudes requeridas

Titulación: Licenciado en Farmacia.

Experiencia laboral: CIM o responsable farmacéutico empleado por el COF.

Aptitudes:

- Habilidades en comunicación tanto oral como escrita.
- Conocimiento de la farmacia comunitaria provincial.

11.5.3 Lista de comprobación de actividades del formador colegial

Al inicio del programa

¿Qué debo hacer una vez que comience el programa conSIGUE?

- Reclutar 30 farmacias para el estudio
 - 15 farmacias para el grupo control
 - 15 farmacias para el grupo de intervención

 - Completar la hoja **PRECEDE parte 1**

 - Organización de las clases de formación para los farmacéuticos
-

Tras la formación de los farmacéuticos

¿Qué debo hacer una vez finalizada la formación de los farmacéuticos?

- Asignar un código a cada farmacia participante en el proyecto (**hoja de asignación de códigos**)
 - Contactar con las farmacias para fijar la fecha de la primera visita
 - Facilitar un número de contacto para que se pongan en contacto conmigo
 - Facilitar el email de dudas del programa: programaconsigue@gmail.com

 - Completar la hoja de **PRECEDE parte 2**

 - Programar un calendario de visitas y fijar la primera visita a todas las farmacias
-

Primera visita

¿Qué debo hacer antes de la primera visita a la farmacia?

- Asegurarme de que he cogido el manual de formación

¿Qué actividades debo desarrollar en la primera visita a la farmacia?

Feed-back

- Obtengo feed-back del farmacéutico
- Relacionado con el proyecto
- Relacionado con la formación
- Relacionado con la actividad desarrollada desde la formación

Nº de pacientes captados por el farmacéutico

- Compruebo que el farmacéutico ha captado a un mínimo de 5 pacientes
- Practico junto al farmacéutico la obtención del consentimiento informado

Aspectos relacionados con la comunicación con el médico

- Compruebo si el farmacéutico ha contactado con algún médico de su zona
- Practico junto al farmacéutico la comunicación con el médico

Aspectos relacionados con posibles dudas o dificultades

- Resuelvo las dudas o preguntas del farmacéutico
 - Por mí mismo
 - Mediante la utilización del manual de formación
 - Mediante contacto con el grupo de trabajo
- Relleno una hoja de dificultades en la farmacia

¿Qué debo hacer antes de abandonar la farmacia?

- Fijar una fecha para la siguiente visita
- Asegurar la resolución de posibles dificultades surgidas en la farmacia
- Completar la hoja de recogida de datos sobre la visita a la farmacia (resumen)

¿Qué debo hacer después de cada visita?

Llamadas telefónicas

- Rellenar la hoja de recogida de datos sobre la llamada telefónica

Feed-back

- Si fuese necesario, feed-back con Victoria
-

Segunda visita

¿Qué debo hacer antes de la segunda visita?

- Coger el manual de formación

¿Qué actividades debo desarrollar en la segunda visita a la farmacia?

Nº de pacientes captados por el farmacéutico

- Compruebo que el farmacéutico ha captado a un mínimo de 10 pacientes
- Si fuese necesario, practico junto al farmacéutico la obtención del consentimiento informado

Aspectos relacionados con la comunicación con el médico

- Compruebo si el farmacéutico ha contactado con algún médico de su zona
- Si fuese necesario, practico junto al farmacéutico la comunicación con el médico

Aspectos relacionados con posibles dudas o dificultades

- Resuelvo las dudas o preguntas del farmacéutico
 - Por mí mismo
 - Mediante la utilización del manual de formación
 - Mediante contacto con el grupo de trabajo
- Relleno una hoja de dificultades en la farmacia

¿Qué datos del registro del servicio de SFT debo comprobar en la segunda visita a la farmacia?

Aspectos relacionados con la oferta del servicio a los pacientes

- El farmacéutico ha captado a 10 pacientes
- El farmacéutico ha asignado un **código** a cada paciente
- El farmacéutico le ha dado al paciente la **hoja de información al paciente**
- El paciente ha firmado la **hoja de consentimiento informado**

Aspectos relacionados con la visita 1: Análisis de la situación

- El farmacéutico ha registrado la entrevista en la **hoja de registro de la visita**
- El paciente ha completado el **cuestionario de años de vida ajustados por la calidad**
- El farmacéutico ha completado la **hoja de registro de la situación inicial**

Aspectos relacionados con la visita 2: Plan de actuación

- El farmacéutico ha completado una **hoja de registro del plan de actuación** para cada RNM o riesgo de RNM identificado
- El farmacéutico ha completado todos los datos requeridos en cada **hoja de registro del plan de actuación**

Aspectos relacionados con la visita 3: Evaluación y seguimiento

- El farmacéutico ha completado un registro de evaluación y seguimiento para cada intervención propuesta al paciente en la visita 2
- El farmacéutico ha completado la **hoja de registro de la situación final**
- El paciente ha completado el **cuestionario de años de vida ajustados por la calidad**

¿Qué debo hacer antes de abandonar la farmacia?

- Fijar una fecha para la tercera visita
- Asegurar la resolución de posibles dificultades surgidas en la farmacia
- Completar la **hoja de recogida de datos sobre la visita a la farmacia** (resumen)

¿Qué debo hacer después de cada visita?

Llamadas telefónicas

- Rellenar la **hoja de recogida de datos sobre la llamada telefónica**

Feed-back

- Si fuese necesario
-

11.6 Anexo 6: Clasificación ATC (Clasificación anatómica, terapéutica y química)

ATC Nivel 2	Descripción	Visita 1	Visita 2	Total
A02	Agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos	114	93	207
C09	Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina	98	83	181
B01	Agentes antitrombóticos	94	79	173
C10	Agentes que reducen los lípidos séricos	90	78	168
N05	Psicolépticos	84	68	152
A10	Medicamentos usados en diabetes	75	67	142
N02	Analgésicos	66	59	125
C03	Diuréticos	59	49	108
C01	Terapia cardíaca	48	40	88
C07	Agentes beta-bloqueantes	46	39	85
C08	Bloqueantes de canales de calcio	43	31	74
M01	Productos antiinflamatorios y antirreumáticos	40	29	69
S01	Oftalmológicos	36	30	66
N06	Psicoanalépticos	34	30	64
R03	Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	32	31	63
G04	Productos de uso urológico	29	25	54
A06	Laxantes	15	16	31
N03	Antiepilépticos	18	13	31
A03	Agentes contra enfermedades funcionales del estómago e intestino	15	15	30
M04	Preparados antigotosos	13	12	25
M05	Medicamentos para el tratamiento de enfermedades óseas	15	10	25
R06	Antihistamínicos para uso sistémico	13	12	25
A11	Vitaminas	12	11	23
C04	Vasodilatadores periféricos	13	10	23
A12	Suplementos minerales	12	10	22
C05	Vasoprotectores	10	9	19
M03	Relajantes musculares	11	7	18
B03	Preparados antianémicos	9	7	16
D07	Preparados dermatológicos con corticoesteroides	9	7	16
N07	Otros medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso	6	8	14
C02	Antihipertensivos	6	6	12
R01	Preparados de uso nasal	6	6	12

ATC		Visita 1	Visita 2	Total
Nivel 2	Descripción			
H03	Terapia tiroidea	7	4	11
R05	Preparados para la tos y el resfriado	5	5	10
M02	Productos tópicos para el dolor articular y muscular	4	5	9
A07	Antidiarreicos, agentes antiinflamatorios y antiinfecciosos intestinales	5	2	7
D05	Antipsoriásicos	4	3	7
L04	Agentes inmunosupresores	3	3	6
H02	Corticosteroides para uso sistémico	4	1	5
J01	Antibacterianos para uso sistémico	4	1	5
L01	Agentes antineoplásicos	3	2	5
N04	Antiparkinsonianos	3	2	5
G03	Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital	2	2	4
A04	Antieméticos y antinauseosos	1	1	2
A09	Digestivos, incluidos enzimas	1	1	2
J05	Antivirales de uso sistémico	1	1	2
M09	Otros medicamentos para desórdenes del sistema musculoesquelético	1	1	2
N01	Anestésicos	1	1	2
V03	Todo el resto de los productos terapéuticos	1	0	1

11.7 Anexo 7: Tipos de problemas de salud y cambios en el número de problemas de salud

La Clasificación Internacional de Atención Primaria de la WONCA (CIAP-2) es una taxonomía de los términos y expresiones utilizadas habitualmente en medicina general. Recoge los motivos (o razones) de consulta, los problemas de salud y el proceso de atención.

11.7.1 Primer nivel

El primer nivel es una letra que representa un aparato o sistema orgánico.

Categorías de CIAP-2	Visita 1	Visita 2
K: Aparato circulatorio	208	178
T: Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	157	136
D: Aparato digestivo	150	127
L: Aparato locomotor	102	85
P: Problemas psicológicos	100	78
A: Problemas generales, inespecíficos	50	26
B: Sangre, sistema inmunitario	44	35
N: Sistema nervioso	44	35
R: Aparato respiratorio	35	29
F: Ojos y anejos	31	25
Y: Aparato genital masculino	22	19
S: Piel, faneras	20	17
U: Aparato urinario	9	7
X: Aparato genital femenino	4	4
H: Aparato auditivo	2	2
TOTAL	978	803

11.7.2 Segundo nivel

En el segundo nivel los códigos representan: signos o síntomas; procedimientos administrativos, diagnósticos, preventivos o terapéuticos; resultados de pruebas complementarias; derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta; o enfermedades y problemas de salud.

A: Problemas generales, inespecíficos (n=76)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
A01	Dolor generalizado/múltiple	14	11
A04	Astenia/cansancio/debilidad	6	2
A06	Desmayo/síncope	3	1
A09	Problemas de sudoración	2	2
A10	Sangrado/hemorragia NE	3	1
A11	Dolor torácico NE	2	0
A29	Otros signos/síntomas generales	2	1
A78	Otras enfermedades infecciosas no específicas	1	0
A79	Cáncer/neoplasia maligna no específica	0	1
A84	Intoxicación/envenenamiento/ sobredosis de medicamento	1	1
A92	Alergia/reacciones alérgicas no específicas	5	3
A97	Sin enfermedad	11	3

B: Sangre, sistema inmunitario (n=79)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
B04	Signos/síntomas de enfermedad de la sangre/hematológica	1	1
B27	Miedo enfermedad de la sangre/hematológica/linfática	32	26
B80	Anemia ferropénica	3	2
B82	Otras anemias/inespecíficas	5	4
B83	Púrpura/alteraciones de la coagulación	2	1
B99	Otras enfermedades hematológicas/linfáticas/inmunológicas	1	1

D: Aparato digestivo (n=277)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
D01	Dolor abdominal genERAL/retortijones	3	2
D02	Dolor de estómago/epigástrico	10	8
D03	Pirosis	3	3
D05	Prurito perianal	1	
D07	Dispepsia/indigestión	4	4
D08	Flatulencia/aerofagia/gases	4	4
D11	Diarrea	4	2
D12	Estreñimiento	14	12
D18	Cambio en las heces/en el ritmo	1	1
D20	Signos/síntomas de boca, lengua y labios	6	5
D21	Problemas de la deglución	1	1
D27	Miedo otras enfermedades del aparato digestivo	71	58
D29	Otros signos/síntomas del aparato digestivo	1	1

D: Aparato digestivo (n=277)

		Visita 1	Visita 2
D85	Úlcera duodenal	6	6
D86	Otras úlceras pépticas	2	2
D87	Alteraciones funcionales del estómago	1	1
D90	Hernia de hiato	11	10
D91	Otras hernias abdominales	1	1
D92	Enfermedad diverticular del intestino	3	3
D97	Enfermedades hepáticas no específicas	2	2
D99	Otras enfermedades digestivo	1	1

F: Ojos y anejos (n=56)

		Visita 1	Visita 2
F03	Secreción ocular	6	5
F29	Otros signos/síntomas oculares	1	1
F71	Conjuntivitis alérgica	2	1
F83	Retinopatía	3	3
F84	Degeneración de la mácula	1	1
F93	Glaucoma	16	12
F94	Ceguera/reducción de la agudeza visual	1	1
F99	Otras enfermedades/problemas de ojos/anejos	1	1

H: Aparato auditivo (n=4)

		Visita 1	Visita 2
H03	Zumbido/ tinnitus /acúfenos	2	2

K: Aparato circulatorio (n=386)

		Visita 1	Visita 2
K01	Dolor cardíaco/atribuido corazón	1	1
K05	Otras irregularidades ritmo cardíaco	3	2
k24	Miedo a un infarto de miocardio	2	2
K27	Miedo otras enfermedades cardiovasculares	8	6
K29	Otros signos/síntomas cardiovasculares	1	1
K74	Isquemia cardíaca con angina	8	7
K75	Infarto agudo de miocardio	2	2
K76	Isquemia cardíaca sin angina	9	7
K77	Insuficiencia cardíaca	12	10
K78	Fibrilación/aleteo auricular	14	12
K79	Taquicardia paroxística	0	1

K: Aparato circulatorio (n=386)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
K80	Arritmia cardíaca no específica	9	7
K83	Enfermedad valvular cardíaca no específica	2	0
K84	Otras enfermedades cardíacas	5	5
K86	Hipertensión no complicada	106	94
K88	Hipotensión postural	1	0
K89	Isquemia cerebral transitoria	1	0
K90	ACV/ictus/apoplejía	6	5
K91	Enfermedad cerebrovascular	1	1
K92	Aterosclerosis/enf arterial periférica	2	2
K93	Embolismo pulmonar	1	0
K95	Venas varicosas en extremidades inferiores	3	2
K99	Otras enfermedades cardiovasculares	11	11

L: Aparato locomotor (n=187)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
L01	Signos/síntomas del cuello	4	3
L02	Signos/síntomas de la espalda	2	4
L03	Signos/síntomas lumbares	2	1
L14	Signos/síntomas del muslo y de la pierna	11	6
L15	Signos/síntomas de la rodilla	2	3
L17	Signos/síntomas del pie y sus dedos	1	1
L18	Dolor muscular	7	6
L19	Otros signos/síntomas musculares no específico	5	4
L20	Signos/síntomas articulares no específico	9	8
L29	Otros signos/síntomas del aparato locomotor	1	1
L81	Otras lesiones del aparato locomotor no específico	1	0
L82	Anomalías congénitas del aparato locomotor	2	2
L85	Deformidades adquiridas de columna vertebral	1	1
L86	Síndromas lumbares/torácicos con irradiación de dolor	2	2
L87	Bursitis/tendinitis/sinovitis no específico	2	2
L88	Artritis reumatoide	3	2
L90	Artrosis de rodilla	2	1
L91	Otras artrosis	27	23
L95	Osteoporosis	17	14
L99	Otras enfermedades del aparato locomotor	1	1

N: Sistema nervioso (n=79)		Visita 1	Visita 2
N01	Cefalea	6	4
N04	Síndrome de piernas inquietas	3	2
N05	Hormigueo en manos y pies	1	1
N08	Movimientos involuntarios anormales	1	1
N17	Vértigo/vahído	17	14
N18	Parálisis/debilidad	1	1
N29	Otros signos/síntomas neurológicos	1	1
N81	Otras lesiones sistema nervioso	2	1
N87	Enfermedad de Parkinson/ parkinsonismos	1	1
N88	Epilepsia	4	3
N89	Migraña	2	2
N91	Parálisis facial de Bell	1	0
N92	Neuralgia del trigémino	1	1
N94	Neuritis/neuropatías periféricas	1	1
N95	Cefalea tensional	1	1
N99	Otras enfermedades neurológicas	1	1

P: Problemas psicologicos (n=178)		Visita 1	Visita 2
P01	Sensación ansiedad/tensión	8	6
P03	Sensaciones/sentimientos depresivos	1	0
P06	Trastornos del sueño	41	30
P20	Trastornos de la memoria	2	1
P70	Demencia	1	1
P74	Trasornos de ansiedad/estado ansiedad	19	17
P76	Depresión/trastornos depresivos	27	23
P99	Otros problemas psicológicos/mentales	1	0

R: Aparato respiratorio (n=64)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
R02	Fatiga respiratoria/disnea	3	2
R05	Tos	4	3
R09	Signos/síntomas de los senos paranasales	1	1
R21	Signos/síntomas de garganta/faringe/amígdalas	1	
R27	Miedo otras enfermedades del aparato respiratorio	2	2
R74	Infección respiratoria aguda superior	2	1
R75	Sinusitis aguda/crónica	1	1
R87	Cuerpo extraño nariz/laringe/bronquios	1	1
R95	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	6	6
R96	Asma	8	8
R97	Rinitis alérgica	4	3
R99	Otras enfermedades del aparato respiratorio	1	1

S: Piel, faneras (n=37)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
S02	Prurito	6	4
S07	Eritema/ rash generalizado	1	1
S23	Calvicie/caída del pelo	2	2
S24	Otros signos/síntomas pelo/cabellera	1	1
S71	Herpes simple	1	1
S86	Dermatitis seborreica	1	0
S91	Psoriasis	6	6
S97	Úlcera crónica de la piel	1	0
S98	Urticaria	2	2

T: Aparato Endocrino, Metabolismo y Nutrición (n=293)**Visita 1 Visita 2**

		Visita 1	Visita 2
T03	Pérdida de apetito	1	1
T08	Pérdida de peso	2	0
T81	Bocio	1	0
T85	Hipertiroidismo/tirotoxicosis	2	2
T86	Hipotiroidismo/mixedema	4	2
T89	Diabetes insulino dependiente	1	0
T90	Diabetes no insulino dependiente	48	44
T92	Gota	5	5
T93	Trastornos metabolismo lipídico	78	69
T99	Otros problemas endocrínicos/metabólicos/nutricionales	15	13

U: Aparato urinario (n=16)**Visita 1 Visita 2**

U02	Micción imperiosa/frecuente	1	1
U04	Incontinencia urinaria	3	2
U14	Signos/síntomas del riñón	1	0
U71	Cistitis/otras infecciones urinarias	2	1
U95	Cálculos urinarios	1	2
U99	Otros problemas/enfermedades urinarias	1	1

X: Aparato genital femenino (n=8)**Visita 1 Visita 2**

X15	Otros signos/síntomas vaginales	2	3
X77	Otras neoplasias genitales femeninas	1	1
X82	Lesiones genitales femeninas	1	0

Y: Aparato genital masculino (n=41)**Visita 1 Visita 2**

Y08	Otros signos/síntomas de la función sexual hombre	2	2
Y85	Hipertrofia prostática benigna	20	17

11.8 Anexo 8: Tipos de problemas de salud e intervenciones realizadas

Tipos de problemas de salud de acuerdo a la Clasificación internacional de Atención Primaria (ICPC-2) de la WONCA relacionados al número de problemas de salud con intervenciones realizadas.

Clasificación de ICPC-2	Número de problemas de salud con intervención
K: Aparato circulatorio	50
T: Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	40
L: Aparato locomotor	28
A: Problemas generales, inespecíficos	24
D: Aparato digestivo	20
P: Problemas psicológicos	16
N: Sistema nervioso	14
R: Aparato respiratorio	12
B: Sangre, sistema inmunitario	10
F: Ojos y anexos	9
Y: Aparato genital masculino	5
U: Aparato urinario	3
S: Piel, faneras	1
TOTAL	232

