

Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja

Optimización del uso de los medicamentos en los pacientes crónicos

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org





Optimización del uso de los medicamentos en los pacientes crónicos

Índice

Introducción a la estrategia de cronicidad	Pág. 6
Situación en España	Pág. 7
Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud	Pág. 8
Objetivo estratégico en optimización farmacoterapéutica	Pág. 8
Adecuación de la prescripción	Pág. 10
Atención Farmacéutica	Pág. 11
Marco legal	Pág. 11
Marco económico	Pág. 12
4 Evolución profesional necesaria	Pág. 12
Metodología	Pág. 14
Riesgos asociados a la inadecuación	Pág. 14
Reacciones adversas a los medicamentos	Pág. 15
Adherencia	Pág. 17
Métodos para detectar la adherencia	Pág. 18
Atención Farmacéutica en el medio hospitalario	Pág. 19
Actuaciones de Atención Farmacéutica en el Servicio de Farmacia del Hospital San Pedro. Situación actual	Pág. 20
Propuesta de programa de líneas estratégicas de AF	Pág. 25
Introducción y marco	Pág. 25
Estratificación e identificación de pacientes	Pág. 26
Adecuación de los tratamientos	Pág. 27
Detección de reacciones adversas	Pág. 31
Adherencia	Pág. 32
Conciliación y continuidad asistencial interniveles	Pág. 35
Atención farmacéutica en oficinas de farmacia	Pág. 36
Criterios comunes de elección de medicamentos	Pág. 36
Formación	Pág. 37
Investigación	Pág. 38
Necesidades	Pág. 38
Indicadores	Pág. 39
Bibliografía	Pág. 41

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
AF	Atención Farmacéutica
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
BEERS	Criterios de desprescripción
CAS	Centros de Asistencia Social
CARPA	Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales San Millán
CA	Comunidad Autónoma
CEICLAR	Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja
COF	Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja
CGCOG	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CIPM	Comisión Interministerial de Precios
EC	Ensayo clínico
EPA	Estudio post-autorización con medicamentos
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria
GCPT	Grupo coordinador del posicionamiento terapéutico
GFT	Guía farmacoterapéutica
HSP	Hospital San Pedro
MARC	Medicamentos de alto riesgo en crónicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
PNT	Procedimiento normalizado de trabajo
PEA	Prescripción electrónica asistida
PRICUS	Listado de medicamentos para posible desprescripción
RNM	Resultados negativos de los medicamentos
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
SEMI	Sociedad Española de Medicina Interna
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SEFH	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
STOPP/STAR	Listado de medicamentos para posible desprescripción
SDP	Sistema de dispensación personalizada



ESTRATEGIA DE CRÓNICOS EN LA RIOJA 2014

Optimización en el uso de los medicamentos

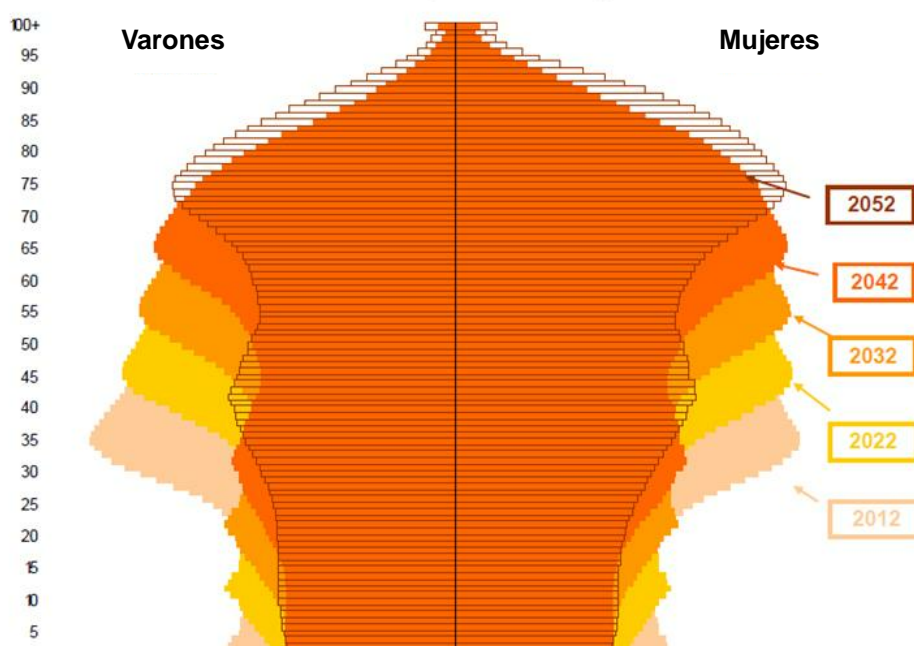
Las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la incorporación de hábitos saludables, han aumentado la esperanza de vida provocando que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante sean las enfermedades crónicas. Estas patologías son de larga duración, generalmente de progresión lenta y provocan importantes efectos negativos en la calidad de vida de los enfermos afectados (incapacidad y dependencia), son causa de muerte prematura y tienen efectos económicos importantes.

6



En la Unión Europea el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 16,1%, en el año 2000, al 27,5% en el año 2050. España, Italia y Japón encabezarán este proceso de envejecimiento a nivel mundial estimándose que, para esas fechas, cerca del 35% de nuestra población superará los 75 años.

Gráfico 1.- Pirámide de población en España



Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. Se calcula que antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y en los países en vías de desarrollo representarán más del 50% de la carga de enfermedad.

La mayor parte de los fallecimientos en la actualidad son debidos a enfermedades crónicas, fundamentalmente cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares, las cuales llevan asociadas factores de riesgo evitables.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) parte de una buena situación ya que la cobertura básica de servicios para los pacientes crónicos está garantizada. Sin embargo, todavía en gran medida sigue enfocando sus esfuerzos en un modelo de atención que presenta una importante fragmentación entre sus niveles asistenciales: especializada, primaria y servicios sociales. Las principales consecuencias de esta situación son que un 55% de los pacientes más complejos, con una o más enfermedades crónicas, son susceptibles de recibir tratamiento y cuidados más adecuados, y que el 50% de la medicación no se toma correctamente.

Bajo estas premisas, parece necesaria una adaptación de la organización de los sistemas sanitarios y más en concreto, una nueva estrategia para el abordaje de los pacientes crónicos que transforme el actual modelo asistencial centrado en la curación de procesos agudos y en el que el paciente es un sujeto pasivo, en un modelo proactivo más centrado en el abordaje global de las necesidades de los pacientes y en la prevención y promoción de la salud. Es además preciso que en esta adaptación se logre una mayor integración y coordinación entre los distintos ámbitos asistenciales y en la implicación en el cuidado de su salud de los propios pacientes.

En esta línea, tanto la OMS como la Unión Europea definen al paciente crónico como una prioridad y señalan la necesidad de desarrollar estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando los sistemas de salud nacionales.

SITUACIÓN EN ESPAÑA.

En España, el Plan de Calidad para el SNS de 2010, ya identificó la necesidad de llevar a cabo una acción transversal estratégica para la atención a las personas con enfermedades crónicas, habiéndose publicado en 2012, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS con fecha 27 de junio

Esta estrategia consensuada establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población, la prevención de las condiciones de salud y la atención integral de los pacientes crónicos. Ello facilitará un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará a orientarse de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal.

Algunas Comunidades Autónomas han publicado ya sus propias estrategias: Andalucía, Castilla y León, Euskadi, Valencia, Cataluña, Madrid, Navarra, etc. y la mayor parte de ellas están inmersas en iniciativas enfocadas a la cronicidad, dentro de la estrategia definida por el SNS.

Del mismo modo, son muchas las Sociedades Científicas que han elaborado documentos de referencia sobre este tema: SEMFYC, SEMI, SEDAP, FAECAP, etc.

Actualmente se dispone ya de un buen nivel de evidencia sobre algunos modelos de gestión y estrategias concretas de atención dirigidas al paciente crónico que apuntan resultados beneficiosos en términos de calidad de vida, mejora del estado de salud, satisfacción con los servicios y con su utilización, nivel de conocimiento del paciente de su enfermedad, adherencia a los tratamientos y disminución de ingresos hospitalarios innecesarios.

Se basan en:

- Centralización en el paciente
- Cambio de asistencia episódica de procesos agudos a asistencia integral multidisciplinar interniveles
- Coordinación de asistencia sanitaria con servicios sociales: globalidad
- Promoción y prevención de la salud
- Eficiencia y sostenibilidad en la prestación de servicios

Lo que implica:

- Cambios en la gestión para lograr la continuidad asistencial
- Estratificación, identificación de pacientes y valoración integral
- Gestión de casos: valoración, planificación y coordinación (AP)
- Corresponsabilidad de los profesionales sanitarios y de los pacientes y cuidadores en los resultados en salud
- Autonomía personal y autocuidado
- Promoción de hábitos saludables
- Incorporación de herramientas de apoyo e información

Por este motivo, dentro del desarrollo de esta estrategia, se deben priorizar aquellas patologías que son, al mismo tiempo, más frecuentes y que requieren la inversión de un mayor número de recursos. Además, hay que tener en cuenta la adopción de aquellas medidas e intervenciones que han demostrado previamente ser más efectivas y más eficientes.

Un elemento básico dentro de las estrategias de abordaje a los pacientes crónicos es la implantación de un sistema de identificación y estratificación de la población en base a modelos predictivos, unido al establecimiento de intervenciones efectivas. La correcta identificación de los pacientes más complejos resulta fundamental para lograr satisfacer sus necesidades y organizar los recursos asistenciales.

Además, no podemos olvidar el contexto económico en el que nos encontramos, por lo que deberemos ser más eficientes para poder proporcionar una atención integral de calidad, que responda a las necesidades de los pacientes garantizando la eficiencia y la sostenibilidad del sistema.

La estrategia de crónicos se concibe pues como un instrumento indispensable para la transformación del modelo de atención centrado en la orientación al paciente y en el logro de resultados en salud.

ESTRATEGIA PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN EL SNS

Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en reunión del 27 de junio de 2012. Contiene 20 objetivos con 101 recomendaciones concretas.

Objetivo general: *"Disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras."*

OBJETIVO ESTRATÉGICO DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS

En el marco de esta Estrategia Nacional de Abordaje de la Cronicidad del SNS del 2012, el objetivo nº 13 se refiere específicamente a la utilización de los medicamentos: *"Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedificados."*

Se entiende como paciente polimedificado en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un lími-



te en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relación con el uso inadecuado de los medicamentos.

Con las siguientes 11 recomendaciones:

- 64 Establecer una política de prescripción de medicamentos con objetivos comunes entre los distintos niveles de atención sanitaria.
- 65 Garantizar la toma de decisiones de los profesionales sobre terapéutica farmacológica basada en la evidencia científica y en la individualización de los tratamientos de acuerdo con las características de cada paciente.
- 66 Disponer de herramientas orientadas a prevenir acontecimientos adversos relacionados con el empleo de medicamentos mediante alertas electrónicas integradas en los sistemas de información para apoyo a la prescripción, incorporando sugerencias de alternativas terapéuticas.
- 67 Garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.
- 68 Potenciar la comunicación de los profesionales de Farmacia Hospitalaria con los equipos de Atención Primaria y con los profesionales de las residencias de personas mayores, para la conciliación y resolución de incidencias relacionadas con la medicación, definiendo canales o vías rápidas de comunicación permanente.
- 69 Garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos.
- 70 Potenciar la figura de los profesionales de Farmacia de Atención Primaria, como generadores de recomendaciones de mejora del uso de medicamentos con carácter poblacional y en base comunitaria, y facilitadores de la transferencia de dichas recomendaciones a la práctica clínica.
- 71 Extender las actuaciones de uso racional del medicamento a pacientes y personas cuidadoras y desarrollar estrategias que potencien la toma de decisiones compartida y la autogestión de la medicación.
- 72 Facilitar el acceso de los profesionales de Farmacia Comunitaria a la información necesaria para el desarrollo de sus funciones como responsables de la dispensación de los medicamentos a los ciudadanos, y su cooperación en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la eficacia y seguridad de los tratamientos.
- 73 Promover la información y participación de los pacientes y personas cuidadoras para prevenir posibles efectos adversos relacionados con la medicación y las consecuencias negativas derivadas de la falta de isoaparencia de los envases de un mismo principio activo.
- 74 Potenciar la práctica sistematizada y evaluada de los programas de autocuidado, la intervención psicológica, las medidas fisioterápicas y otras medidas no farmacológicas como favorecedoras de la reducción de la medicalización de los procesos crónicos."

La polimedición supone riesgo de uso de medicaciones inadecuadas, falta de adherencia al tratamiento, aparición de reacciones adversas, duplicidades e interacciones y, en consecuencia, más riesgo de fracasos terapéuticos, intoxicaciones, aumento de ingresos hospitalarios y mayores costos económicos, entre otros.

Además con el transcurso de la edad, se producen cambios en el organismo que provocan una respuesta diferente y más sensible a los medicamentos.

Tabla 1.- Cambios farmacocinéticos relacionados con la edad.

Fase	Cambio	Posibles consecuencias
Absorción	<ul style="list-style-type: none"> ● ↑ pH gástrico ● Retraso del vaciamiento ● ↓ la motilidad ● ↓ el flujo sanguíneo intestinal ● ↓ la superficie de absorción 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ la absorción de hierro, calcio y vitaminas ● Potenciación del efecto ulceroso de los AINE ● ↓ la biodisponibilidad de levodopa
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ el agua total ● ↓ la masa muscular ● ↑ la proporción de grasa ● ↓ la concentración de albúmina ● ↑ la concentración de alfa1-glu-coproteína con enfermedades crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↑ la fracción de fármaco libre en el caso de fenitolina y anticoagulantes orales por reducción de la albúmina. ● ↓ la fracción de fármaco libre en el caso de antidepresivos, antipsicóticos y betabloqueantes por incremento de la unión a la alfa 1-glicoproteína
Metabolismo hepático	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ la masa hepática ● ↓ el flujo sanguíneo hepático ● ↓ el metabolismo oxidativo ● Preservación del metabolismo conjugativo 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ el metabolismo oxidativo; por tanto, aumenta el efecto del alprazolam, el midazolam, el triazolam, el diazepam, el flurazepam, las dihidropiridinas, el diltiazem, el verapamilo, el celecoxib, la fenitoina, la warfarina, la teofilina, la imipramina, la trazodona, la lido-caína y el propranolol <p>No se altera el metabolismo del lorazepam, del lormetazepam, de la isoniacida ni de la procainamida</p>
Excreción renal	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ el flujo plasmático renal ● ↓ el filtrado glomerular ● ↓ la función tubular 	<ul style="list-style-type: none"> ● ↓ la eliminación de aminoglucósidos, cimetidina, digoxina, hipoglucemiantes orales, litio y procainamida

10



ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

La prescripción adecuada se relaciona con el concepto uso racional de los medicamentos, que consiste en la obtención del mayor beneficio terapéutico posible con la máxima eficiencia evitando la aparición de los riesgos que el tratamiento farmacológico pueda provocar.

Tabla 2.- Factores que se asocian a una medicación inadecuada

Algunos factores dependientes e independientes asociados a la polimedición inadecuada

Dependientes del paciente

- Factores biológicos:
Edad anciana (mayor de 75 años), mujeres.
- Consumo de fármacos específicos:
Ansiolíticos, sedantes, antidepresivos, analgésicos, inhibidores de plaquetas o espasmolíticos.
Morbilidad asociada:
- Tener tres o más enfermedades crónicas, enfermedades respiratorias, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síntomas digestivos.
Factores psicológicos:
- Depresión, pobre autopercepción de la salud.
Factores sociales:
- Situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia física, vivir en zonas rurales

Dependientes del sistema sanitario:

- Contacto con los servicios sanitarios en los últimos tres meses.
- Ingresos hospitalarios previos.
- Haber tenido interconsultas entre especialistas.
- Ser atendido por diferentes prescriptores o acudir a múltiples farmacias.
- Existencia de discrepancias entre pacientes y facultativos en cuanto a la historia farmacoterapéutica.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA (AF)

El documento de Consenso de AF del Ministerio de Sanidad de enero de 2008, define la AF como *"la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios, a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen la buena salud y prevengan la enfermedad"*.

MARCO LEGAL

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, determina que *"las oficinas de farmacia colaborarán con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Para ello los farmacéuticos actuarán coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios"*. En su art. 16 establece que *"la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad"*.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su art. 84 señala que *"los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos"*

a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente".

MARCO ECONÓMICO

Tabla 3.- Gasto público en medicamentos en La Rioja en los últimos 5 años:

Año	Gasto en recetas	Gasto en hospitales	Total
2.009	89.683.920	26.075.988	115.759.909
2.010	89.090.805	29.595.323	118.686.128
2.011	82.190.005	34.940.926	117.130.931
2.012	70.809.918	34.802.909	106.614.727
2.013	66.191.177	37.577.626	103.771.403

EVOLUCIÓN NECESARIA DEL PROFESIONAL FARMACÉUTICO

El ejercicio de la AF es un proceso evolutivo que parte de la práctica profesional tradicional y que requiere una adaptación del farmacéutico y de su entorno, con el fin de que toda la práctica se dirija hacia la satisfacción de las necesidades del paciente en relación con los medicamentos que utiliza, implicándose en el equipo asistencial.

Esto requiere un esfuerzo indudable y la superación de dificultades. Ante el reto planteado, los avances de la tecnología y, sobre todo, el trabajo en equipo, son herramientas de gran ayuda para el crecimiento y desarrollo de una buena labor asistencial. El marco legislativo existente, y el aval de las publicaciones científicas, constituyen un respaldo suficiente para aquellos farmacéuticos que se inician ahora en este camino.

El Foro de AF es un grupo de debate que inició su andadura en diciembre de 2004 con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desempeño. Está constituido por representantes de:

- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)
- Real Academia Nacional de Farmacia
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP)
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
- Fundación Pharmaceutical Care España
- Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

En diciembre de 2005, Foro publicó el documento que recoge una metodología concreta detallada de puesta en práctica de esta AF en la farmacia comunitaria, en la de atención primaria y en la hospitalaria.

En su introducción recoge que los farmacéuticos, como parte del Sistema Nacional de Salud, com-



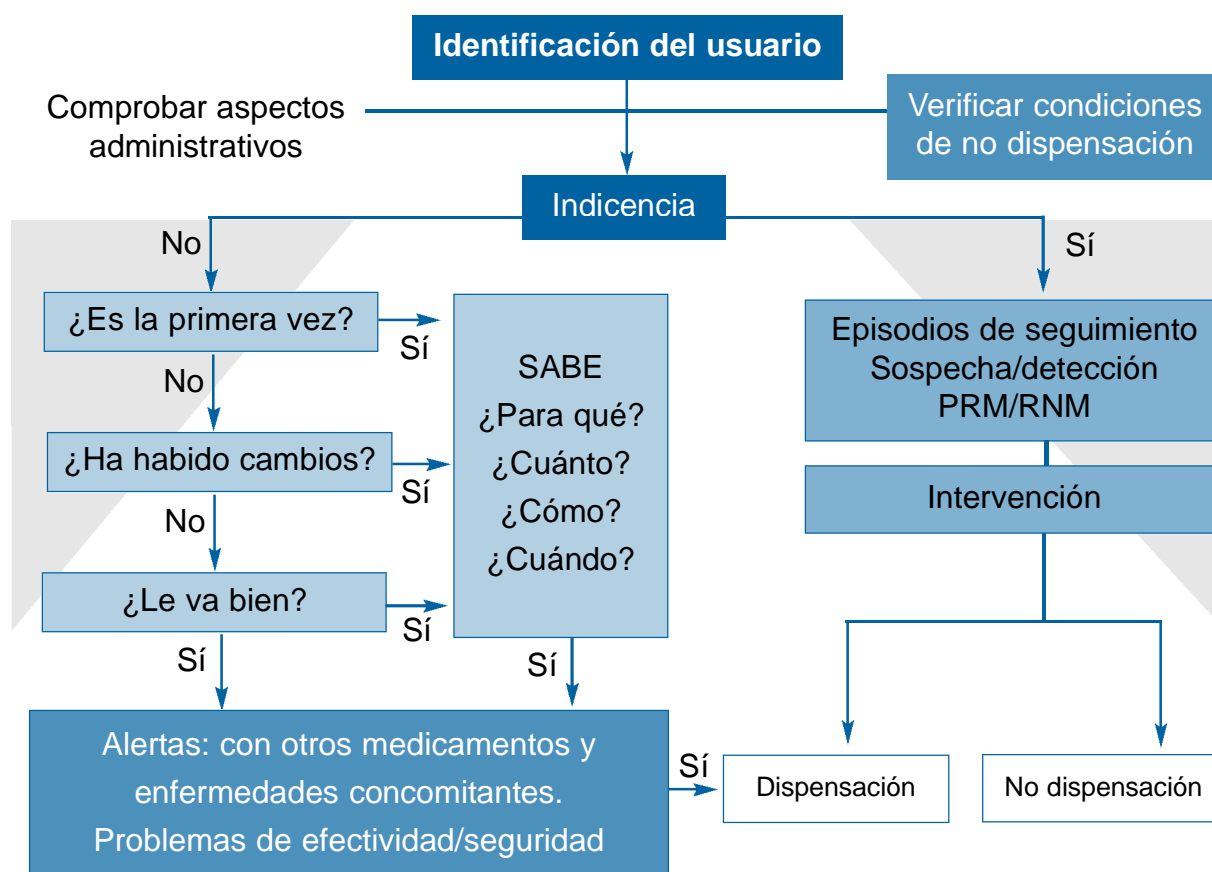
parten con los pacientes, los médicos, otros profesionales de la salud, y las autoridades sanitarias, la misión de garantizar el uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos. En este entorno multidisciplinar, el farmacéutico, por su formación y experiencia, ha de aportar conocimientos y habilidades específicas en relación con la farmacoterapia y sus objetivos, ya que la efectividad y seguridad de la misma no depende exclusivamente de la calidad de su fabricación.

En España, más de la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito. Un tercio de las visitas a los servicios de urgencias son consecuencia de un resultado no deseado del medicamento, de los cuales más del 70% son evitables.

Los farmacéuticos pueden facilitar la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar, en gran medida, la aparición de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y de resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM) mediante la práctica de la Atención Farmacéutica que, de acuerdo con el Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, consiste en:

- Dispensación activa que supone una actitud activa del farmacéutico en la provisión de medicamentos.
- Indicación Farmacéutica, que implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud.
- Seguimiento Farmacoterapéutico, que se basa en una mayor implicación del farmacéutico con la monitorización y registro sistemático de la terapia que recibe el paciente.

Gráfico 2. Papel del farmacéutico



La actitud proactiva en la dispensación y en la indicación farmacéutica se encuentra arraigada en la práctica profesional del farmacéutico, aunque sería necesaria una mayor orientación hacia el paciente y su generalización, así como la adecuada documentación y protocolización de las actuaciones. Por el contrario, el seguimiento farmacoterapéutico, como nuevo servicio, precisa una diferente implicación de los farmacéuticos, como consecuencia del compromiso con los resultados en salud del tratamiento integral del paciente.

Es necesario por tanto, plantear la evolución de la actual práctica profesional de los farmacéuticos hacia una orientación más centrada en el paciente, siguiendo las tendencias consensuadas en AF.

En este sentido Foro realizó una declaración institucional con 10 compromisos:

- La Atención Farmacéutica es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.
- Considerar que el paciente es el eje fundamental de la actividad.
- Favorecer la aplicación sistemática y universal de la Atención Farmacéutica con el fin de asegurar la equidad en el servicio asistencial prestado.
- Desarrollar la Atención Farmacéutica para que el paciente obtenga el máximo beneficio de los medicamentos y para limitar los riesgos que conllevan.
- Evidenciar que el farmacéutico es el profesional sanitario idóneo para desarrollar esta labor asistencial a través de su compromiso con la formación y aprendizaje permanente.
- Optimizar el potencial sanitario del farmacéutico a través de la Atención Farmacéutica.
- Utilizar procedimientos normalizados de Atención Farmacéutica.
- Emplear la evidencia científica disponible como base para la aplicación práctica de la Atención Farmacéutica.
- Organizar los recursos humanos y materiales necesarios para la práctica de la Atención Farmacéutica.
- Conseguir la implicación de todos para el desarrollo de la Atención Farmacéutica.

Para ello emprendió campañas de comunicación y motivación encaminadas a sensibilizar al farmacéutico, a otros profesionales sanitarios y a la sociedad en general. Y al mismo tiempo, ha elaborado guías de actuación coordinadas con otros agentes sanitarios, códigos de Buenas Prácticas y procedimientos normalizados de trabajo (PNT).

METODOLOGÍA DE LA AF

Definiciones:

- Problemas relacionados con los medicamentos (PRM): aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.
- Resultados negativos asociados a uso de medicamentos (RNM): resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

RIESGOS ASOCIADOS A LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA

Engloba los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), los resultados negativos asociados a la medicación (PRM) y las reacciones adversas a los medicamentos (RAM).

- PRM son las situaciones que causan o pueden causar un resultado negativo de la medicación (RNM). RNM son los cambios no deseados en la salud del paciente atribuibles al uso (o a la falta de uso) de los medicamentos. Se clasifican según la necesidad, la efectividad y la seguridad.
- RAM son las sospechas de reacciones adversas que originan los medicamentos



Tabla 4. Problemas relacionados con los medicamentos.

- Administración errónea del medicamento.
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuadas.
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción
- Incumplimiento
- Interacciones
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros problemas

Tabla 5. Resultados negativos asociados a la medicación.

- **Necesidad**
Problema de salud no tratado (falta de un tratamiento necesario).
Efecto de medicamento innecesario (tratamiento innecesario que provoca un problema de salud)
- **Efectividad:**
Inefectividad no cuantitativa (falta de eficacia intrínseca: p.ej., amoxicilina para la tuberculosis).
- **Seguridad:**
Inseguridad no cuantitativa (p.ej., alergia).
Inseguridad cuantitativa (p.ej., sobredosis).

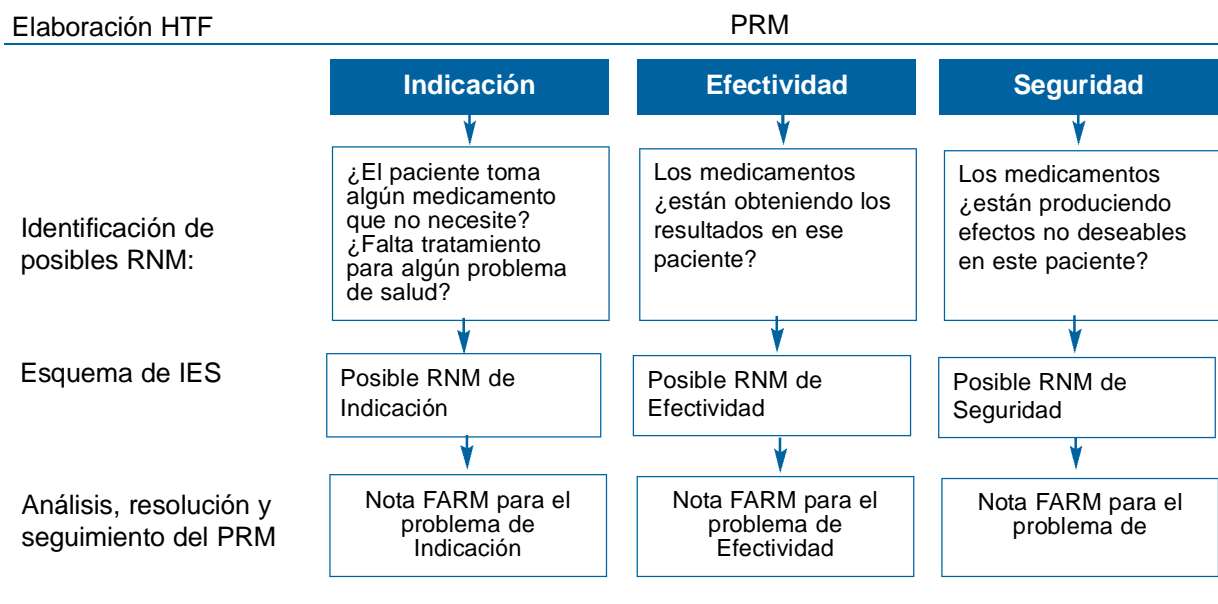
REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDICAMENTOS (RAM)

A efectos de farmacovigilancia, la reacción adversa a la medicación se define como "cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no Intencionada, y que tenga lugar con dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, la corrección o la modificación de las funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, el abuso y el uso incorrecto de medicamentos, incluidas las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación".

Las reacciones adversas a la medicación (RAM) son un gran problema clínico que suscita la atención de las autoridades sanitarias, y a menudo pasan inadvertidas en la clínica y tienden a ser infradiagnosticadas. Los estudios epidemiológicos establecen una clara asociación entre el número de medicamentos recibidos y la aparición de RAM, e indican que podrían evitarse en la mitad de los casos.

Estos datos de PRM, RNM y RAM se pueden incorporar para la elaboración del historial farmacoterapéutico (HFT). A continuación se muestra un esquema de su utilización.

Gráfico 3. Incorporación de PRM, RNM y RAM en la elaboración del historial farmacoterapéutico



Y a partir de aquí se plantean las posibles intervenciones siguientes:

- Facilitar información
- Ofrecer educación sanitaria
- Derivar a seguimiento farmacoterapéutico
- Derivar al médico comunicando el PRM/RNM
- Derivar al médico proponiendo cambios en el tratamiento
- Proponer otras modificaciones
- Notificar a farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas



Tabla 6. Identificación de causas de PNM

	Problema relacionado con la Indicación/Necesidad	Problema relacionado con la Efectividad	Problema relacionado con la Seguridad
F	<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimiento del paciente (P) sobre su tratamiento ● Concordancia indicación con tratamiento ● Concordancia tratamiento según el P con el reflejado en la historia clínica (HC) ● Automedicación ● Exploraciones médicas y analíticas anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impresiones del P ● Impresiones del médico y/o ATS ● Exploraciones médicas y analíticas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impresiones del P ● Impresiones del médico y/o ATS ● Exploraciones médicas y analíticas
A	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Existe RNM de necesidad? ● ¿Falla o sobra algún medicamento? ● ¿Es clínicamente significativo? ● ¿Es potencial o real? ● ¿Porqué ocurre? (identificar causa) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Existe RNM de efectividad? ● ¿Es un problema cuantitativo? ● ¿Es clínicamente significativo? ● ¿Es potencial o real? ● ¿Porqué ocurre? (identificar causa) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Existe RNM de seguridad? ● ¿Es un problema cuantitativo? ● ¿Es clínicamente significativo? ● ¿Es potencial o real? ● ¿Porqué ocurre? (identificar causa)
R	Intervención <ul style="list-style-type: none"> ● Recomendaciones/información al paciente ● Recomendaciones/información al médico ● Derivación al médico 		Clasificación de la intervención
M	Programación para realizar el seguimiento mediante visitas sucesivas (en cooperación con el resto de profesionales) con el fin de comprobar que: <ul style="list-style-type: none"> ● Evolución de parámetros para valorar respuesta ● Evolución de parámetros para prevenir complicaciones ● Cumplimiento del tratamiento 		

ADHERENCIA

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como "el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de la medicación, con el seguimiento de una dieta o con la modificación de los hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario".

La Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR), considera importante incluir el concepto persistencia, que significa la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción del tratamiento, ya que los resultados clínicos se ven afectados no solo por cómo toman los pacientes la medicación, sino por cuánto tiempo lo hacen. Es importante recalcar que la toma correcta de la medicación incluye seguir la dosis, la posología y el modo de administración acordado, de manera que la adherencia al tratamiento farmacológico se considera óptima cuando el grado en que el paciente sigue las instrucciones de la toma de medicación es superior al 80%.

Tabla 7. Factores y causas principales de la falta de adherencia.

Causas o factores relacionados con el paciente
<ul style="list-style-type: none"> ● Edad ● Entorno cultural ● Nivel de educación ● Convencimiento de no haber sido tratado correctamente ● Suposición de que el medicamento no es efectivo ● Dificultad para comprender las explicaciones recibidas sobre el tratamiento ● Olvidos, falta de memoria, trastornos cognitivos ● Dificultades para conseguir la medicación ● Desacuerdo del paciente con respecto a la necesidad del tratamiento ● Desmotivación, desinterés ● Vacaciones farmacológicas ● Inicitativa de otro profesional sanitario o no sanitario ● Escaso apoyo social y familiar en el caso de los ancianos que viven solos ● Falta de formación de los cuidadores
Causas o factores relacionados con el fármaco
<ul style="list-style-type: none"> ● Efectos adversos (una de las más comunes) ● Características del principio activo: falta de beneficio a corto plazo ● Complejidad del régimen terapéutico (vía de administración, dosis, interferencia en la vida diaria) ● Coste
Causas o factores relacionados con la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> ● Aceptación o rechazo ● Curación o ausencia de síntomas ● Gravedad ● Proceso intercurrente ● Enfermedades crónicas
Causas o factores relacionados con sistema sanitario y sus profesionales
<ul style="list-style-type: none"> ● Accesibilidad ● Falta de tiempo en la comunicación entre el profesional y el paciente ● Dificultades de comunicación entre el profesional y el paciente ● Mala relación entre el profesional y el paciente ● Instrucciones deficientes ● Falta de seguimiento del proceso ● Formación insuficiente del profesional ● Descoordinación entre profesionales



Métodos para detectar la falta de adherencia

La valoración de la adherencia se puede hacer de manera directa o indirecta.

- Métodos directos: se fundamentan en la determinación de los niveles del fármaco, de sus metabolitos o de algún marcador bioquímico. Se trata de métodos precisos y fiables, pero con limitaciones técnicas y de coste, por lo que son poco útiles en la práctica diaria; por ello se reservan para el control de fármacos con un rango terapéutico estrecho.
- Métodos indirectos: presentan peores niveles de precisión y fiabilidad, pero son los más utilizados debido a su aplicabilidad. Por ejemplo: la entrevista clínica, el cumplimiento autocomunicado (cuestionario de Morisky-Green), el conocimiento de la enfermedad (cuestionario de Batalla). Otros métodos se basan en el recuento de comprimidos, en el registro de dispensaciones en la farmacia, en la asistencia a las citas, etc. Los más utilizados son:

Tabla 8. Test de Morisky-Green

<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ● ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ● Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? <p>El paciente es considerado como cumplidor si las respuestas a las cuatro preguntas son "no", "si", "no" y "no" respectivamente.</p>
--

Tabla 9. Test de Batalla adaptado

<ul style="list-style-type: none"> ● 1. Es el/la (nombre de la enfermedad) una enfermedad para toda la vida? ● 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? ● 3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener (nombre de la enfermedad) <p>Se considera incumplidor al paciente que no responde correctamente alguna de las preguntas</p>

Tabla 10. Cálculo del cumplimiento según el registro de dispensación

<p>Porcentaje de cumplimiento= (FD/FP)X100</p> <ul style="list-style-type: none"> ● FD= nº de unidades de fármaco dispensadas en el periodo de análisis ● FP= nº de unidades de fármaco prescritas en el mismo periodo de análisis <p>Se consideran pacientes adherentes al tratamiento aquellos que con un porcentaje de adherencia es superior al 80%, de acuerdo con la bibliografía revisada¹⁹. Cuando el porcentaje de cumplimiento detectado por el registro de dispensaciones en la farmacia sea de menos del 80%, se recomienda descartar que el paciente esté obteniendo la medicación por otras vías antes de diagnosticar falta de adherencia.</p>



Tabla 11. Entrevista sobre la falta de adherencia

<p>a) Preguntas relacionadas con la enfermedad: cuestionario de Batalla</p> <p>b) Preguntas relacionadas con la medicación: hacer el cuestionario Morisky-Green y las preguntas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">● ¿Para qué sirve el medicamento que está tomando?● ¿Cómo lo toma y cada cuánto tiempo?● ¿Sabe cuánto tiempo debe tomarlo?● ¿Cuánto tiempo hace que lo toma?● ¿Cómo le sienta? ¿Le produce alguna molestia?● ¿Utiliza medicinas o técnicas curativas alternativas? (fitoterapia, suplementos, homeopatía, etc...) <p>c) Revisión del botiquín o de la bolsa de medicamentos del paciente: hay que hacer una revisión de todos los medicamentos que aporta el paciente o su cuidador, comprobando la correlación con la medicación prescrita en la historia clínica (conciliación de la medicación). Se recomienda seguir las pautas de revisión de botiquín o bolsa de medicamentos (véase capítulo 4).</p> <p>d) Preguntas relacionadas con el paciente: si manifiesta que no toma correctamente la medicación, hay que indagar la causa:</p> <ul style="list-style-type: none">Deficiencias cognitivas y sensorialesLimitaciones básicas (escala de Barthel)Limitaciones instrumentales (escala de Lawton y Brody)Necesidad de apoyo sociofamiliar.

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MEDIO HOSPITALARIO.

En la AF a los pacientes crónicos en el medio hospitalario, la SEFH, alineada con la citada estrategia nacional, ha establecido también un plan estratégico de AF para estos pacientes. Se basa en que el paso de los pacientes por los hospitales es sólo una pequeña parte de su biografía relacionada con las enfermedades que presentan. Para la buena evaluación de sus necesidades es preciso conocerlo en su globalidad y el momento que presenta la progresión de sus patologías y dependencias, no únicamente en la fase aguda. Este enfoque lleva a los farmacéuticos a estar totalmente integrados con los equipos multidisciplinares que les atienden. A continuación se recoge su orientación:



Definición de paciente crónico en el marco del Plan Estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico

El concepto de enfermo crónico se ha modificado en las últimas décadas. Si bien hasta hace poco se definía como afecto de una única enfermedad, ahora es representado como crónico al **paciente con varias patologías crónicas, merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica**, adquiriendo una nueva dimensión el **enfoque preventivo**, la importancia de la **comorbilidad clínica** y la **limitación en su autonomía**.

La condición de enfermo crónico supone un **reto imponente para la familia y el sistema sociosanitario**; hay una **relación directa entre la cronicidad y la dependencia**, y de igual forma, ambas se asocian al consumo de recursos sanitarios y a la propia sostenibilidad del sistema de protección social.

Conviene resaltar tres situaciones en las que, a través de una estrategia importante de prevención en la que el farmacéutico puede, sabe y debe intervenir, puede mejorarse la autonomía, estado de salud y calidad de vida del paciente:

- | El **"paciente pluripatológico complejo"**, al que se está prestando especial atención.
- | El **paciente "frágil"** o con **patologías que tienden a la incapacidad**, con deterioro funcional o mental y con problemas sociales: pobreza, soledad, Incomunicación, etc.; se trata de un paciente de alto riesgo de dependencia, institucionalización y mortalidad.
- | El **paciente con "sarcopenia"**; pérdida degenerativa de masa muscular y fuerza derivada del envejecimiento y de un estilo de vida sedentaria.

Puntos clave:


- | El perfil del paciente crónico actual se dibuja desde la comorbilidad, edad avanzada, fragilidad clínica y autonomía limitada.
- | La polimedización es un factor de riesgo de primera magnitud que tiene su nicho principal en el paciente crónico.
- | El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrado en procesos agudos no es adecuado para el paciente crónico.
- | La respuesta a la cronicidad pasa por un enfoque integral, las intervenciones preventivas, la coordinación intersectorial socioasistencial y la implicación activa de paciente, cuidador/a y familia.
- | Una coordinación eficaz tanto entre niveles asistenciales como entre la red socioasistencial.
- | El foco de atención ha pasado desde la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad.

Fuente: Miguel Meiguzo Jiménez.
Centro de Salud Almenjays, Distrito Sanitario Granada, Granada, España.

En el marco de este Plan, se define la enfermedad crónica como:

"Aquella enfermedad que presenta una serie de factores diferenciales: es de larga duración, de progresión lenta y continua, disminuye la calidad de vida de los enfermos afectados y frecuentemente presenta un nivel significativo de comorbilidad. Además, es motivo de muerte prematura y causa efectos económicos importantes en las familias y en la sociedad en general"

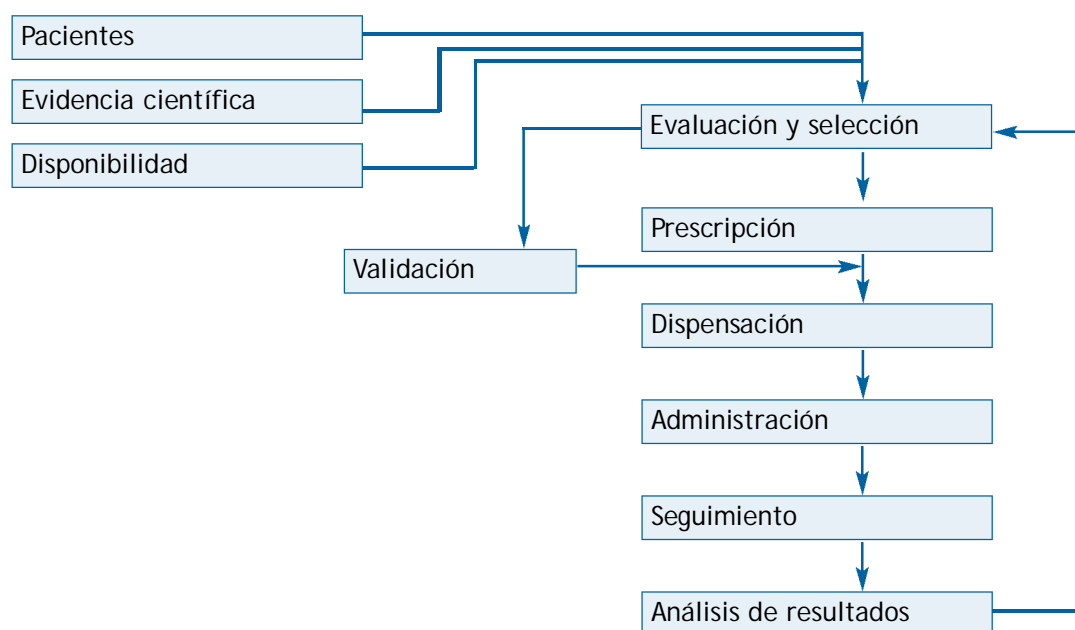
Fuente: Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi.

EJE 1	Capacitación y competencias profesionales	
EJE 2	Orientación centrada en el paciente: la estratificación como herramienta del nuevo modelo de atención	
EJE 3	Alianzas de los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria con otros profesionales y con los pacientes	
EJE 4	Herramientas e información	
EJE 5	Investigación e innovación	
EJE 6	Posicionamiento y comunicación	

En el medio hospitalario este planteamiento de necesidades de AF debe priorizarse en función de las características del paciente y de su farmacoterapia.

- Relacionados con el paciente y su situación clínica:
 - Reingresos habituales.
 - Alergias.
 - Tres o más patologías concurrentes.
 - Presencia de insuficiencia renal (IR), infección hospitalaria (IH) o insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).
 - Obesidad o bajo peso.
 - Perioperatorio.
 - Procedimientos de depuración extra-renal.
- Relacionados con la farmacoterapia:
 - Administración de 5 o más medicamentos.
 - Más de 12 dosis diarias.
 - Tratamiento parenteral.
 - Fármacos de estrecho índice terapéutico.
 - Fármacos con necesidad de individualización posológica.
 - Fármacos con riesgo de reacciones adversas graves.
 - Fármacos con interacciones clínicamente significativas.
 - Fármacos con criterios predefinidos de utilización (protocolos, vías clínicas...).

Gráfico 4. Proceso de utilización de medicamentos en hospitales y centros socio-sanitarios

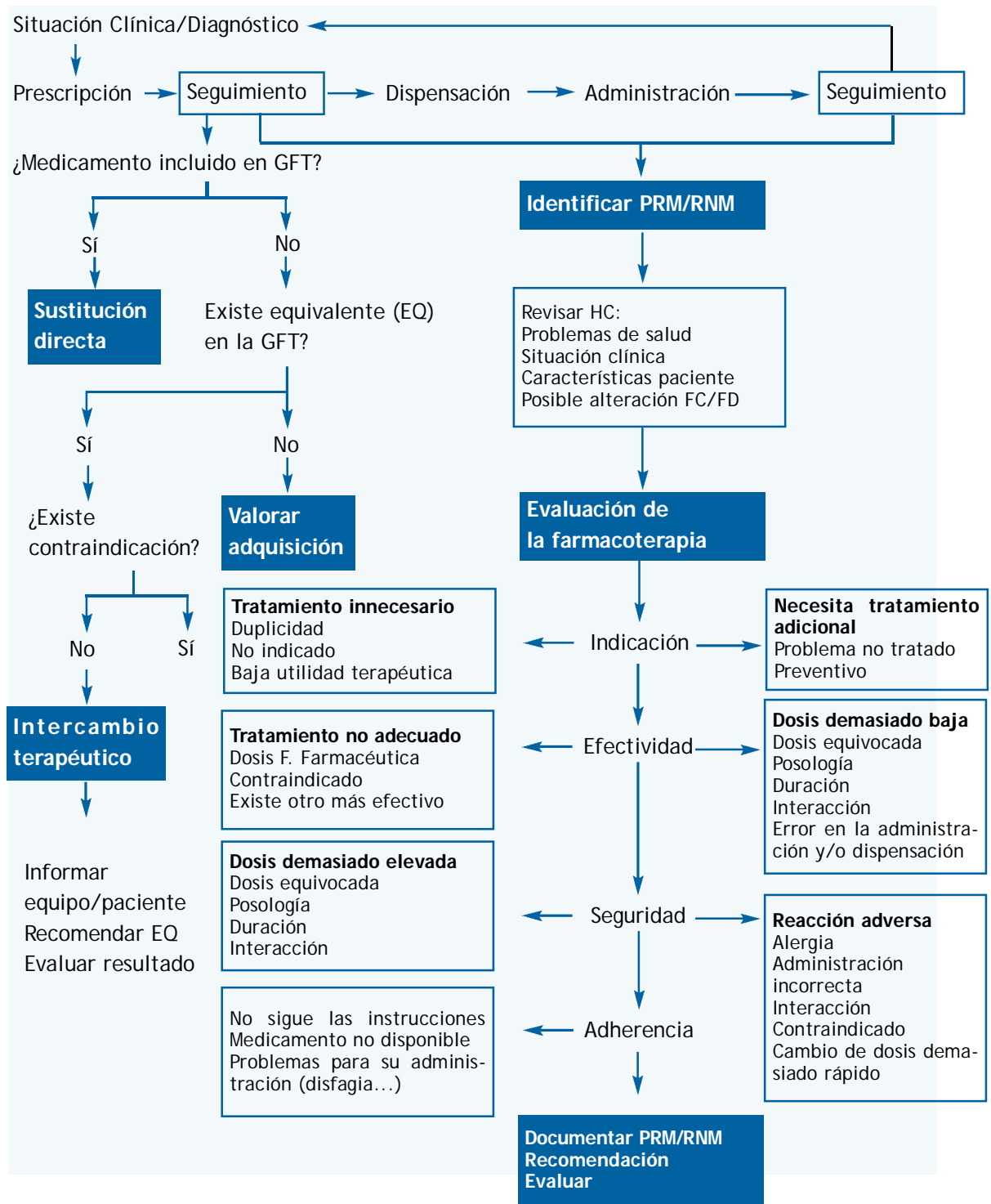


A partir de estas características de los pacientes y de sus tratamientos, se puede priorizar la selección de los servicios clínico candidatos a AF, valorando:

- Tipo de paciente y beneficios de una AF.
- Número de pacientes atendidos.
- Impacto en el área sanitaria.

- Cohesión del equipo clínico.
- Predisposición y relación previa con el equipo clínico.
- Prestigio profesional.
- Espacio físico y disponibilidad para ubicación del farmacéutico.
- Coste de los tratamientos.
- Registro histórico de pacientes con errores de medicación, problemas relacionados con los medicamentos, etc.

Gráfico 5. Actividad asistencial del farmacéutico en las etapas de validación y seguimiento farmacoterapéutico



Para su puesta en marcha, se establecieron 3 niveles progresivos de actuaciones

Actividades a realizar en el nivel básico:

- Planificar una especialización por áreas clínicas, por ejemplo servicios médicos, quirúrgicos, unidad de enfermedades infecciosas, servicios de cuidados críticos, servicio de pediatría, servicio de onco-hematología.
- Seguimiento de la prescripción de medicamentos, efectuando una evaluación prospectiva de los tratamientos en cuanto a dosis, pauta, interacciones, alergias, duración de tratamiento y duplicidades.
- Implementación de programas de intervención en interacciones, medicamentos de estrecho margen terapéutico y terapia secuencial.
- Atención a las consultas de los servicios y unidades clínicas de la especialidad.
- Programas de información activa sobre medicamentos al personal sanitario del centro.

Actividades a realizar en el nivel medio:

- Participación activa en las sesiones clínicas del servicio o unidad clínica en la que está destinado el farmacéutico de hospital
- Evaluación, en colaboración con el equipo médico y de enfermería, en los pacientes seleccionados para el programa de AF, de sus tratamientos a partir de la documentación de su historia clínica y la entrevista clínica al paciente.
- Seguimiento de la prescripción hospitalaria y de la prescripción a través de receta de los servicios clínicos.
- Detección y notificación de efectos adversos.
- Detección y notificación de errores de medicación.
- Colaboración y elaboración de protocolos terapéuticos.
- Colaborar con el resto del equipo sanitario (médicos, enfermeras, biólogos, etc.) y los pacientes en la prevención, identificación y resolución de cualquier problema o resultado negativo relacionado con la medicación.



Actividades a realizar en el nivel avanzado:

- Al ingreso:
 - Revisión de la historia farmacoterapéutica de los tratamientos que el paciente toma habitualmente, la adherencia a los mismos y de su disponibilidad en el hospital. Se documentarán las alergias medicamentosas o intolerancias, así como de los datos iniciales de función renal y hepática y de los requerimientos dietéticos y otros aspectos relevantes sobre el estilo de vida del paciente.
 - Se realizará una evaluación del paciente junto al equipo médico, colaborando especialmente en su estrategia de tratamiento.
 - Se informará al paciente sobre las modificaciones de su tratamiento habitual, haciendo incidencia en la suspensión o continuación de su tratamiento habitual.
- Durante la estancia hospitalaria, preferentemente en la unidad clínica durante todo el proceso asistencial:
 - Se evaluará la respuesta clínica al tratamiento, tanto su efectividad como la aparición de efectos secundarios.
 - Seguimiento farmacoterapéutico de cada paciente en los siguientes aspectos:
 - Indicación adecuada del tratamiento.

- Adecuación de dosis y pautas posológicas a la indicación y situación clínica del paciente.
 - Correcta dosificación de los fármacos en situaciones clínicas especiales, como la insuficiencia renal, la obesidad, etc.
 - Evitar duplicidades terapéuticas.
 - Identificar la necesidad de tratamiento adicional, como las indicaciones no tratadas, la continuación de tratamientos domiciliarios y la premedicación en circunstancias asistenciales o tratamientos que lo requieran.
 - Promover la terapia secuencial.
 - Evitar interacciones con alimentos o medicamentos.
 - Adecuación de la duración de tratamientos.
 - Informar de la administración de tratamientos especiales a enfermería y evaluar si la administración se realiza correctamente.
 - Suspendir medicamentos innecesarios.
 - Se evaluarán de forma específica los tratamientos protocolizados, por ejemplo: antibióticos y analgésicos, los dirigidos a la profilaxis de infecciones, de trombosis venosa profunda y de úlcus, y los que implican la corrección del estado nutricional del paciente hospitalizado.
 - Los medicamentos de estrecho margen terapéutico serán objeto de un seguimiento especial, cuando sea posible a través de su monitorización farmacocinética y farmacogenética.
 - Identificación y colaboración con el equipo clínico en el tratamiento y la prevención de efectos adversos derivados de la administración de medicamentos.
-
- Al alta hospitalaria.
 - Colaborar con el equipo clínico en el diseño del tratamiento del paciente al alta hospitalaria.
 - Valorar el tratamiento al alta, y su adecuación a los criterios de uso racional de los medicamentos.
 - Entrevista con el paciente para informar de su tratamiento al alta, en particular en relación a los siguientes aspectos:
 - Modificaciones que se han producido respecto a su tratamiento, medidas dietéticas y hábitos de vida saludables.
 - Fomentar de forma activa la adherencia al tratamiento, explicando al paciente la importancia de la misma y logrando su compromiso para cumplirlo.
 - Informar de la administración de las especialidades farmacéuticas más complejas (inhaladores, inyectables, etc.).
 - Informar de las interacciones con alimentos y/o el ingreso hospitalario. otros medicamentos.
 - Informar expresamente de los tratamientos finitos y de las pautas ascendentes y descendentes de la medicación.
 - Elaborar un gráfico horario de su tratamiento integral, incluyendo su medicación domiciliaria anterior y la establecida en el hospital.



PROPUESTA DE PROGRAMA DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE OPTIMIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA EN CRONICIDAD.

La evolución profesional necesaria de los farmacéuticos requiere potenciar su formación en farmacoterapia en pacientes crónicos y la adquisición de habilidades que les permitan integrarse con eficacia en los equipos multidisciplinares que atienden a los pacientes: ingresados en centros hospitalarios o acogidos en centros de asistencia social, los que acuden a administrarse medicamentos en el Hospital de Día, pacientes externos a los que los médicos especialistas prescriben medicamentos de dispensación hospitalaria y coordinar actuaciones de seguimiento con las estructuras de Atención Primaria y oficinas de farmacia.

Su misión es colaborar con el equipo asistencial en lo que constituye su competencia: el uso racional de los medicamentos, entendido como que "los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad" (OMS, 1985).

Necesitan aplicar criterios técnicos de eficacia, seguridad y costo en la consecución de resultados en salud de los pacientes, valorándolos de forma global en el conjunto de las patologías que padecen, introduciendo la corresponsabilidad en los resultados en salud implicando también en ella a pacientes y/o cuidadores.

Se observa además que el tratamiento de muchas patologías y la promoción de hábitos saludables, ha logrado cronificar enfermedades que antes tenían una evolución temporal relativamente corta o media, lo que contribuye también a que el número de pacientes crónicos y las necesidades de atención sanitaria aumenten.

Además en el envejecimiento, con los cambios bioquímicos, fisiológicos y funcionales propios, se observa una respuesta diferente a los medicamentos, un incremento en la vulnerabilidad ante las enfermedades, de las interacciones, contraindicaciones y reacciones adversas y una falta de adherencia por el nº de fármacos y complejidad de sus posologías.

La mayoría de los autores coinciden en resaltar como estrategias efectivas la revisión periódica de los medicamentos, la formación de los profesionales de la salud, la educación para la salud dirigida a los pacientes, la simplificación de la pauta posológica, los sistemas personales de dosificación, la mejora de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes/cuidadores, el seguimiento, la corresponsabilidad de los pacientes en los resultados de salud, la intervención para mejorar la adherencia, etc.

El abordaje debe ser multidisciplinar, continuado e integrado, con la participación coordinada de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente: profesionales sanitarios de atención primaria y de atención especializada, farmacéuticos de oficinas de farmacia, trabajadores sociales y cuidadores.

Para avanzar en la consecución de esta meta en el colectivo de pacientes crónicos, se proponen las siguientes líneas de actuación, previa estratificación de este tipo de pacientes: priorización e identificación de los pacientes crónicos con mayor descompensación de sus patologías, medida a través de la mayor frecuentación de asistencia hospitalaria y de consultas externas en atención primaria



(podiera conocerse a través de la Unidad de archivo de historias clínicas y de la explotación de datos de Selene-AE y Selene-AP) y de los resultados de sus pruebas diagnósticas.

Estas actividades se deben orientar a las causas de la inadecuación terapéutica: pacientes, profesionales sanitarios: prescriptores, enfermeras y farmacéuticos, administración sanitaria, déficits organizativos, dificultades en la comunicación y en el entorno, etc., y tienen que realizarse de una forma personalizada, interactiva y multidisciplinar.

Siguiendo las recomendaciones del objetivo 13 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS, las propuestas se dirigen a:

- Criterios comunes de prescripción interniveles asistenciales (recomendación 64)
- Evidencia científica en la prescripción (recomendación 65)
- Herramientas de apoyo a la prescripción (recomendación 66)
- Conciliación en las transiciones asistenciales (recomendación 67)
- Integración entre farmacéuticos de AE con AP y CAS (recomendación 68)
- Revisión sistemática de la medicación y adherencia (recomendación 69)
- Farmacia de AP como generadora de recomendaciones clínicas (recomendación 70)
- Corresponsabilización de pacientes y cuidadores en los resultados en salud (recomendación 71)
- Atención farmacéutica (recomendación 72)
- Formación a pacientes y cuidadores (recomendación 73)
- Autocuidado (recomendación 74)

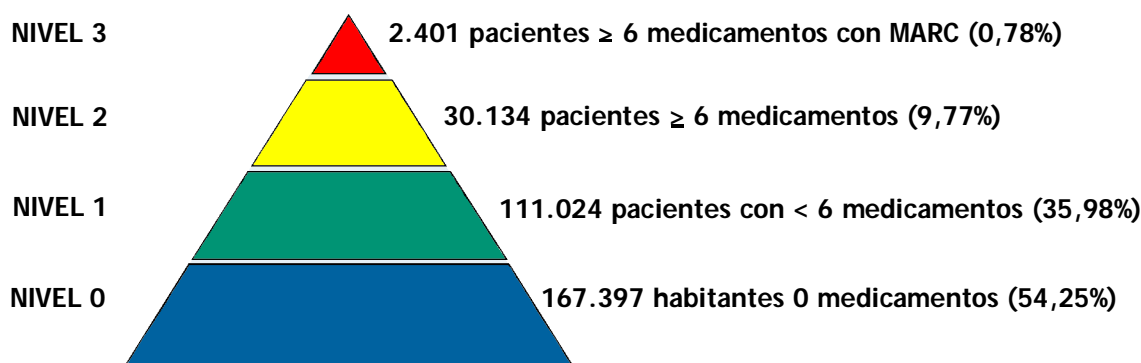
Estratificación y priorización de pacientes.

Se han considerado: la totalidad de la población de La Rioja, los datos del gestor de cronicidad de Selene en Atención Primaria referidos a los medicamentos que toman los riojanos y la relación de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos de 2.014 (Proyecto MARC, impulsado por el Ministerio de Sanidad, Consumo e Igualdad), con los siguientes criterios:

- N° medicamentos activos prescritos
- Polimedición: ≥ 6 principios activos
- Listado de medicamentos del proyecto MARC

Se han obtenido los siguientes resultados: Población riojana: 308.555 habitantes (datos de TSI). De ellos tienen prescritos 0 medicamentos: 167.397 (54,25%), menos de 6: 111.024 (35,98%), 6 y más de 6: 30.134 (9,77%) y de éstos últimos, 2.401 toman medicamentos de alto riesgo en crónicos (7,97% de los que toman 6 y más medicamentos y 0,78% del total de población).

Gráfico 6. Representación de estos resultados en el modelo de pirámide de Kaiser



Con arreglo a esta estratificación de población, la propuesta de optimización se centra en:

- Nivel 0: Población que no toma ningún medicamento: prevención y promoción de hábitos saludables
- Para el resto de pacientes, las actuaciones son las que se recogen a continuación con la siguiente priorización:
 - Nivel 3: Pacientes polimedicados que a su vez tienen prescritos medicamentos de alto riesgo
 - Nivel 2: Pacientes polimedicados que tienen prescritos 6 y más medicamentos
 - Nivel 1: Pacientes que tiene prescritos menos de 6 medicamentos

Dentro del Programa de atención farmacéutica a personas acogidas en centros de asistencia social mediante su adscripción al Servicio de Farmacia del Hospital San Pedro, puesto en marcha por la

- Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja, se han obtenido los siguientes datos:
 - Nº residencias adscritas: 9
 - Nº residentes incluidos en este programa: 1.534
 - Media de medicamentos/residente: 7,9
 - % de pacientes con 6 y más de 6 medicamentos: 71,05%

Líneas estratégicas propuestas

1º. ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

Se define adecuación o revisión de los tratamientos como "un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento para optimizar su eficacia, minimizar el número de problemas relacionados con los medicamentos y reducir su malgasto".

Tabla 12. Consideraciones para optimizar la prescripción en el paciente polimedicado

1.- Realizar una prescripción razonada (diagnóstico preciso y objetivo terapéutico claro).
2.- Considerar tratamientos no farmacológicos.
3.- Revisar periódicamente la medicación (incluyendo plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos).
4.- Interrumpir terapias innecesarias
5.- Considerar como posible Evento Adverso a Medicamento cualquier nuevo síntoma (caídas, confusión, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión...).
6.- Sustituir por alternativas más seguras
7.- Usar dosis recomendadas en ancianos (fórmulas de aclaramiento renal).
8.- Monitorizar fármacos problemáticos (p.ej.: iones en tratamiento con diuréticos, IECA/ARAI)
9.- Promover la adherencia al tratamiento.

La revisión estructurada, sistemática y periódica de los tratamientos activos de los pacientes crónicos priorizados, debe ser multidisciplinar con la participación de todos los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes: médicos, enfermeras y farmacéuticos de AP y AE, y de los profesionales sanitarios que, aunque no los atiendan, pueden revisar la hoja de tratamiento activo (farmacéuticos de oficina de farmacia). Esto supone involucrar a estos profesionales en esta revisión.

Objetivos:

- Optimizar la efectividad de los medicamentos
- Minimizar los problemas asociados a los medicamentos
- Optimizar la adecuación y la adherencia
- Optimizar los costes

Metodología de las revisiones farmacoterapéuticas:

- ¿Todos los medicamentos están indicados en función del diagnóstico, eficacia, contraindicaciones, efectos adversos, dosis recomendadas (corrección según valor de creatinina), monitorización de medicamentos problemáticos (aporte de iones en tratamientos con determinados diuréticos, beta-bloqueantes, benzodiacepinas, vasodilatadores, calcio-antagonistas, estatinas, antidiabéticos...), costo, interacciones, etc... Se puede emplear el cuestionario normalizado de Hamdy adaptado.

Tabla 13. Cuestionario de Hamdy adaptado

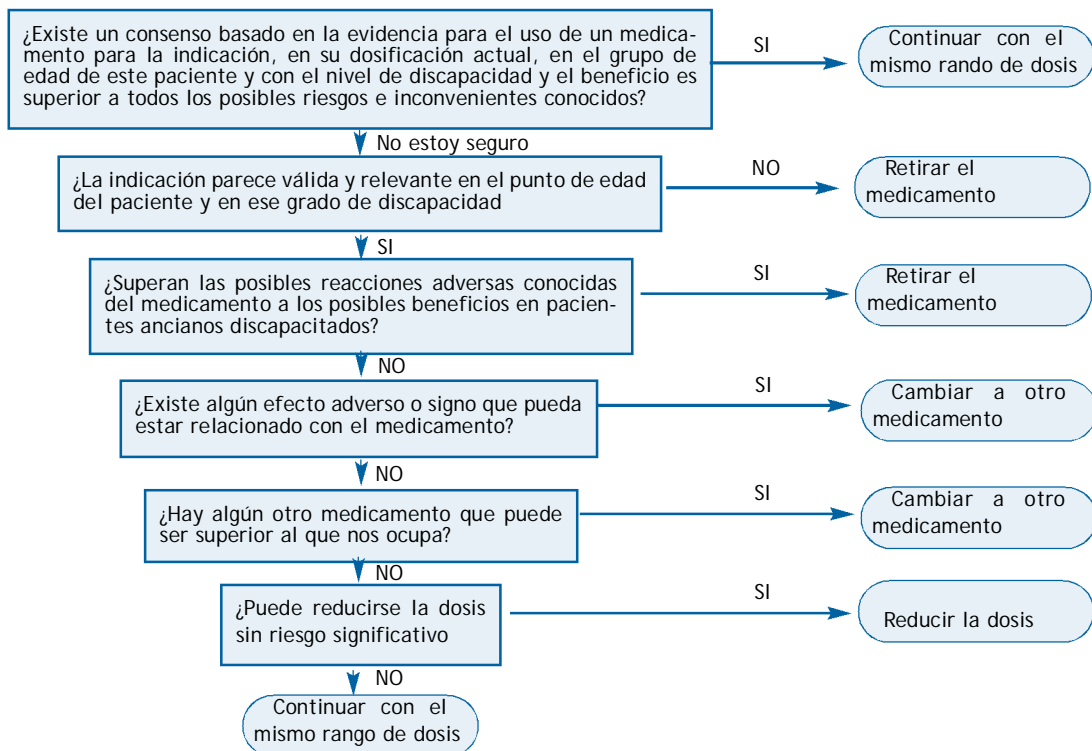
- 1.- ¿Sigue estando presente la indicación para la cual se prescribió la medicación?
- 2.- ¿Hay duplicaciones en la terapia farmacológica? ¿Puede simplificarse la tarea?
- 3.- ¿Incluye el régimen terapéutico medicamentos para un efecto adverso de otro medicamento? Si es así, ¿puede el medicamento original ser suspendido?
- 4.- ¿Pueden las dosis utilizadas ser subterapéuticas o tóxicas en relación con la edad del paciente o su función renal?
- 5.- ¿Hay alguna interacción significativa entre medicamentos o entre medicamentos y enfermedad en este paciente?.

- Valorar la presencia de efectos adversos o interacciones si aparecen síntomas como caídas, confusión, depresión, cambios de comportamiento u otros.
- ¿Presenta indicaciones sin tratamiento, tratamientos sin indicación, selección inadecuada, dosis altas/bajas, se puede simplificar el tratamiento?
- Desprescripción de medicamentos inapropiados aplicando los criterios BEERS, STOPP/START, PRICTUS y la relación de medicamentos de alto riesgo en crónicos del proyecto MARC.



Gráfico 7. Algoritmo de desprescripción

Analice lo siguiente con el paciente o cuidador



- Considerar además las capacidades personales: estado funcional y cognitivo, insuficiencia cardíaca o renal, depresión, cáncer, ingreso hospitalario reciente, etc.
- Adherencia

El SNS Británico incluye en su cartera de servicios la revisión anual de la medicación en mayores de 75 años y semestral en los que toman 4 o más medicamentos.

Tabla 14. Pautas de revisión del botiquín o de la bolsa de medicamentos

- 1.- Programar una visita y decirle al paciente que traiga toda la medicación que toma, todas las cajas que tenga, incluyendo la automedicación, las plantas medicinales, los productos dietéticos, etc...
- 2.- Desechar los medicamentos caducados.
- 3.- Retirar los fármacos de los cuales haya constancia firme de que ya no están prescritos en el tratamiento actual del paciente.
- 4.- Comprobar si el paciente tiene medicamentos recogidos en la historia clínica que no está tomando.
- 5.- Averiguar si los medicamentos que ha traído son todos los que está tomando (hay que preguntarle de manera sistemática, p.ej., siguiendo el orden corporal: "¿Algún medicamento para la cabeza, para los ojos?"...).
- 6.- Cerciorarse de que las medicaciones abiertas aún se pueden usar.
- 7.- Asegurarse de que los medicamentos están identificados correctamente.
- 8.- Comprobar que los medicamentos están almacenados de una manera ordenada (p. ej. que no guardan los blísteres de un medicamento dentro de la caja de otro).
- 9.- Verificar si los medicamentos se almacenan en las condiciones adecuadas de temperatura (medicamentos de frigorífico), dentro de los blísteres, cerrados convenientemente, protegidos de la luz, etc...
- 10.- Averiguar si los medicamentos se manipulan incorrectamente de tal manera que pueda alterarse su eficacia (apertura de cápsulas, dosificación incorrecta por haber machacado comprimidos, etc...)
- 11.- Preguntar si la medicación está guardada en un sitio adecuado de manera que no suponga un peligro para otras personas (niños, etc...)
- 12.- Revisar otras medicaciones: plantas medicinales, suplementos que puedan interactuar con los tratamientos farmacológicos...
- 13.- Valorar si el riesgo de interacción o la aparición de alguna RAM requiere acciones inmediatas
- 14.- Anotar en la historia del paciente lo que está tomando (incluyendo los tratamientos de los que no tenía constancia) y revisar y actualizar el tratamiento de manera completa.



Tabla 15. Esquema de una revisión exhaustiva del tratamiento

- 1.- Adecuación de la prescripción:**
 - a. Sobremedicación: medicamento innecesario
 - b. Inframedicación: falta de prescripción de un medicamento necesario
 - c. Uso inapropiado del medicamento: Duplicidad terapéutica, posología inadecuada.
 - c. Elección correcta del medicamento: indicado o apropiado para lo que se pretende tratar. Hay que destacar las alergias, los efectos adversos y las contraindicaciones.
- 2.- Posología adecuada:**
 - a. Dosis
 - b. Frecuencia de la administración
 - c. Forma farmacéutica
 - d. Hora de la Administración
 - e. Duración correcta del tratamiento
- 3.- Monitorización**
 - a.- Revisión clínica
 - b.- Controles analíticos
- 4.- Interacciones**
 - a.-Entre medicamentos
 - b.-Entre medicamentos y alimentos
- 5.- Toxicidad:** efecto adverso: si se da, hay que evaluar si está asociado a algún medicamento y aplicar una acción correctora.
- 6.- Adherencia:** sólo en el nivel 3 (véase el capítulo 2).

Además es preciso emprender otras actuaciones relacionadas con la adecuación de los tratamientos:

- Distribución de información farmacoterapéutica impresa, audiovisual, cursos, charlas, dirigidas a médicos, enfermeras, farmacéuticos y pacientes
- Realización de perfiles de prescripción comparativa con otros médicos y guías sanitarias de reconocido prestigio.
- Implicación de los farmacéuticos en la elección de los medicamentos con criterios de evidencia científica y por tanto de eficacia, pero también de seguridad y costo
- Implicación de los farmacéuticos en el contenido de las herramientas electrónicas de apoyo a la prescripción.
- Participación en la elección de la terapia farmacológica de los protocolos clínicos
- Información de costos comparativos entre terapias farmacológicas alternativas
- Seguimiento de la incorporación a la prescripción de los nuevos medicamentos
- Evaluación comparativa de resultados en salud obtenidos
- Incorporación de herramientas tecnológicas de apoyo e información
- Corresponsabilización de pacientes y/o cuidadores en los resultados en salud.

Actuaciones:

- Participación transversal de los farmacéuticos de AE y AP en los todos los procesos de prescripción de medicamentos.
- Concienciar a médicos y farmacéuticos de la necesidad de realizar revisiones periódicas de los tratamientos activos de los pacientes
- Recabar la colaboración de médicos y enfermeras
- Respecto a pacientes ingresados en centros hospitalarios: integración de los farmacéuticos en el equipo que les atiende y seguimiento de su evolución en Selene y Athos. Entrevista personalizada con el paciente para detectar el grado de conocimiento de sus patologías y de su tratamiento: para qué sirven los medicamentos que toma, sus formas de administración, posologías y horarios de toma, la adherencia incluidas las causas del no cumplimiento, qué resultados observa, efectos adversos que nota, etc.
- En cuanto a pacientes externos que acuden a recoger sus medicamentos a los SFH: profundizar en la sistematización de la visita para proporcionar formación e información oral y escrita, con el objeto de aumentar el conocimiento que los pacientes tienen de sus patologías y de para qué toman sus medicamentos, fomentando activamente la adherencia al tratamiento.
- Integrar la prescripción y dispensación de medicamentos de dispensación hospitalaria en Selene e incorporar un gestor de datos que facilite el seguimiento de resultados en salud.
- Alcanzar la incorporación de farmacéuticos de oficina de farmacia en esta tarea (pacto con COF)
- Formación continuada de los profesionales sanitarios.
- Incorporación de herramientas integradas de apoyo a la prescripción electrónica, basadas en la evidencia científica, incorporando alertas y alternativas terapéuticas comparativas.
- Educación a pacientes y cuidadores.
- Seguimiento de la utilización y evaluación de medicamentos, especialmente los de mayor impacto económico
 - Envío de informes de evolución del gasto en medicamentos con periodicidad fija (trimestral como máximo) a dirección de AP y AE agrupada por centro de salud, servicios clínico, médico, etc.
 - Estadísticas comparativas, detección de desviaciones y su evaluación.

Hay distintos niveles de exhaustividad en la revisión de los tratamientos, dependiendo del profesio-



nal sanitario y de las circunstancias de cada caso. Pueden establecerse cuatro niveles:

Tabla 16. Esquema de una revisión exhaustiva del tratamiento

Nivel 0	Ad hoc: revisión espontánea y no estructurada
Nivel 1	Revisión de la prescripción: por medio de la revisión técnica de la hoja de prescripción (sin tener en cuenta otros datos de la historia clínica, pruebas complementarias, etc...)
Nivel 2	Revisión de los tratamientos: revisión de la medicación, incluidas las anotaciones de los pacientes, historia clínica, datos de laboratorio, etc... El paciente puede estar presente o no.
Nivel 3	Revisión clínica de la medicación: revisión personalizada de la medicación del paciente y de su patología

2ª. DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS (RAM)

Al hacer la anamnesis, siempre hay que interrogar al paciente sobre la ingesta de medicamentos y descartar que el síntoma o el signo que presente sea debido a una RAM. Un fármaco sospechoso es el medicamento que presenta una secuencia temporal y cuya farmacocinética y farmacodinamia son compatibles con la fisiopatología de la RAM o los medicamentos que puedan presentar interacción entre sí.

La notificación de las sospechas de reacciones adversas es una obligación legal de todos los profesionales sanitarios y de los pacientes.

Aunque el diagnóstico clínico es el elemento fundamental, se pueden usar algoritmos de ayuda para determinar la relación de causalidad entre la reacción adversa y el uso del medicamento. En la tabla siguiente se muestra el algoritmo de Karch-Lasagna modificado, utilizado por el Sistema Español de Farmacovigilancia.

Gráfico 7. Algoritmo de Karch-Lasagna modificada

Secuencia temporal (intervalo entre la administración y el efecto indeseable)	Compatible	+2
	No totalmente compatible	+1
	Sin información	0
	Cronología incompatible	-1
	Caso particular de un síndrome de abstinencia (reacción aparecida por haber retirado el medicamento)	+2
Conocimiento previo de la RAM descrita en la ficha técnica o en la literatura científica El efecto retirada del fármaco	Conocida en la literatura de referencia	+2
	Conocida ocasionalmente	+1
	Desconocida	0
	Sin relación con el medicamento	-1
	Mejora con la retirada	+2
	Retirado pero no mejora	-2
	No retirado y no mejora la reacción	+1
	No retirado y mejora la reacción	-2
	No hay información	0
	Muerte o efecto irreversible	0
Efecto de la reexposición	No retirado pero hay tolerancia al efecto	+1
	No retirado y mejora con el tratamiento sintomático	+1
	Positiva: reaparición del efecto	+3
	Negativa: el efecto no reaparece	-1
	No hay reexposición o no hay información	0
	Muerte o efecto irreversible	0
	Positiva para una especialidad distinta con el mismo principio activo	+1
Causa alternativa al medicamento	Positiva para una especialidad distinta con el mismo mecanismo de acción o reactividad cruzada	+1
	Si patología u otro medicamento (explicación alternativa más verosímil)	-3
	Verosimilitud parecida para el medicamento y otras causas	-1
	Falta de información	0
Resultado de la evaluación	No hay alternativa	+1
	No clasificada	Falta
	Improbable	≤0
	Condicional	1-3
	Posible	4-5
	Probable	6-7
	Definida	≥8



Metodología de la detección de sospechas de reacciones adversas a los medicamentos.

Tabla 17. Acciones correctoras en caso de RAM

- Evaluar la gravedad del daño y la necesidad de tratamiento urgente.
- Averiguar si la RAM producida es debida a una dosificación incorrecta o a una vía de administración inadecuada
- Averiguar si la RAM producida es debida a la *inobservancia* de las instrucciones; en este caso, es necesario reforzar el consejo.
- Considerar la suspensión de la medicación siempre que sea posible y buscar *alternativas* terapéuticas.
- Observar si de esta manera la RAM remite.
- Evaluar la RAM producida y hacer un balance entre el beneficio y el riesgo en el caso de que la medicación que la produzca sea *indispensable*.

Actuaciones:

- Complimentar más tarjetas amarillas de notificación de sospechas de reacciones adversas para su envío al Centro Autonómico de Farmacovigilancia de La Rioja
- Concienciar de la necesidad de su notificación mediante charlas divulgativas dirigidas a personal sanitario y pacientes con los resultados anuales de notificación y explicación de la forma correcta de realizarla (hay 1 farmacéutica dedicada a este Centro Autonómico que estaría dispuesta a llevarlas a cabo).

3ª. ADHERENCIA

Detección de la falta de adherencia

La valoración de la adherencia se puede hacer de manera directa o indirecta.

- *Métodos directos*: se fundamentan en la determinación de los niveles del fármaco, de sus metabolitos o de algún marcador bioquímico. Se trata de métodos precisos y fiables, pero con limitaciones técnicas y de coste, por lo que son poco útiles en la práctica diaria; por ello se reservan para el control de fármacos con un rango terapéutico estrecho.
- *Métodos indirectos*: presentan peores niveles de precisión y fiabilidad, pero son los más utilizados debido a su aplicabilidad. Por ejemplo: la entrevista clínica, el cumplimiento autocomunicado (cuestionario de Morisky-Green), el conocimiento de la enfermedad (cuestionario de Batalla). Otros métodos se basan en el recuento de comprimidos, en el registro de dispensaciones en la farmacia, en la asistencia a las citas, etc. Los más utilizados son:

Tabla 18. Test de Morisky-Green

- 1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- 4.- Si alguna vez se siente mal, ¿deja usted de tomar la medicación?

El paciente es considerado como cumplido si las respuestas a las cuatro preguntas son "no", si, "no" y "no" respectivamente.

Tabla 19. Test de Batalla adaptado

- 1. Es el/la (nombre de la enfermedad) una enfermedad para toda la vida
 - 2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
 - 3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener (nombre de la enfermedad original).
- Se considera incumplidor al paciente que no responde correctamente a alguna de las preguntas



Tabla 20. Cálculo del cumplimiento según registro de dispensación

Porcentaje de cumplimiento= (FD/FP)X100

- FD= Nº de unidades de fármaco dispensadas en el periodo de análisis
- FP= Nº de unidades de fármaco prescritas en el mismo periodo de análisis

Se consideran pacientes adherentes al tratamiento aquellos con un porcentaje de adherencia entre 80 y 110, de acuerdo con la bibliografía revisada. Cuando el porcentaje de cumplimiento detectado por el registro de dispensaciones en la farmacia sea de menos del 80%, se recomienda descartar que el paciente esté obteniendo la medicación por otras vías antes de diagnosticar falta de adherencia.

Tabla 21. Entrevista sobre la falta de adherencia

- Preguntas relacionadas con la enfermedad: cuestionario de Batalla.
- Preguntas relacionadas con la medicación: hacer el cuestionario de Morisky-Green y las preguntas siguientes:
 - ¿Para que sirve cada medicamento que está tomando?
 - ¿Cómo lo toma y cada cuánto tiempo?
 - ¿Sabe cuánto tiempo debe tomarlo?
 - ¿Cuanto tiempo hace que lo toma?
 - ¿Como le sienta? ¿Le produce alguna molestia?
 - ¿Utiliza medicinas o técnicas curativas alternativas? (fitoterapia, suplementos, homeopatía...)
- Revisión de botiquín o la bolsa de medicamentos del paciente: hay que hacer una revisión de todos los medicamentos que aporta el paciente o el cuidador comprobando la correlación con la medicación prescrita en la historia clínica (conciliación de medicación). Se recomienda seguir las pautas de revisión de botiquín o bolsa de medicamentos (véase el capítulo 4).
- Preguntas relacionadas con el paciente: si manifiesta que no toma correctamente la medicación, hay que indagar la causa:
 - Deficiencias cognitivas y sensoriales
 - Limitaciones básicas (escala de Barthel)
 - Limitaciones instrumentales (escala de Lawton y Brody)
 - Necesidad de apoyo socio familiar.

Estrategias para mejorar la adherencia

Las intervenciones para promover la adherencia requieren varios componentes, y los profesionales de la salud tienen que evaluar todas las causas posibles de la no adherencia, ya que tal y como demuestran los estudios realizados los enfoques más efectivos son los que consideran más de un factor con más de una intervención.

Recomendaciones generales

- Integrar las intervenciones en la práctica clínica.
- Actuar tanto sobre el paciente no adherente como sobre el adherente, ya que así se previene el incumplimiento.
- Intervenir sobre otras formas de incumplimiento (hábitos saludables, etc.).
- Individualizar la intervención.
- Corresponsabilizar al paciente de los resultados en su salud, haciéndole participe de las decisiones sobre su tratamiento.
- No culpabilizar al paciente, ya que hacerlo interfiere y altera la relación con el paciente, y ello-

tiene un papel importante en las estrategias de abordaje del problema.

- Fortalecer la relación entre el profesional y el paciente.
- Utilizar la técnica de entrevista motivacional como estrategia fundamental para aumentar o mejorar la adherencia.
- Comprometer a todos los agentes que intervienen en el proceso de prescripción y dispensación de fármacos para que intervengan en la mejora de la adherencia.
- En los casos de pacientes dependientes que requieren ayuda para las actividades de la vida diaria, es imprescindible la implicación del cuidador (ya sea profesional o familiares).
- Utilizar SDP, pastilleros semanales, alarmas, etc.

Tabla 22. Intervenciones educativas

Aumentan los conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y sus consecuencias. Contribuyen a que el paciente tome las decisiones más adecuadas para su salud contando con la información necesaria:

- Entrevista motivacional y educación individualizada (consulta, domicilio, farmacia).
Sesiones educativas grupales
- Entrega por escrito de la hoja de medicación y explicaciones, asegurándose de que el paciente lo ha entendido.

Tabla 23. Estrategias conductuales

Proveen al paciente de recordatorios o ayudas de memoria:
Desarrollo de habilidades.

- Recompensa por la consecución de objetivos e intervenciones de refuerzo por los esfuerzos por ser adherente.
- Entrega al paciente de la hoja de medicación por escrito.
- Asociación de la toma de medicamentos con una actividad diaria habitual.
- Adaptación de la pauta de tratamiento a los hábitos de vida del paciente (desayuno, hora de acostarse...).
- Seguimiento exhaustivo.
- Sistema Personalizados de Dosificación (SPD), tales como pastillero o blíster (anexo 11).
- Recuento de comprimidos, calendarios de cumplimiento de medicación, recordatorios telefónicos, postales o por correo electrónico.

Tabla 24. Técnicas de apoyo social/familiar

- Programas de ayuda domiciliaria.
- Colaboración del trabajador social.
- Implicación familiar.
- Grupos de apoyo.

Tabla 25. Técnicas de simplificación del tratamiento

- Dosis menos frecuentes.
- Formulaciones de liberación controlada.
- Fármacos en combinación con dosis fijas.

Tabla 26. Intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud

- Formación a los profesionales sobre las técnicas de comunicación.
- Monitorización del paciente.
- Recordatorios para los profesionales de la salud.
- Identificación de los factores predictores



Actuaciones:

- Realización de entrevistas personalizadas y encuestas para sensibilizar a los pacientes y cuidadores en los resultados en salud
- Fomentar la adherencia en las entrevistas a pacientes ingresados en los centros hospitalarios y en los pacientes externos que acuden a los SHF a recoger sus medicamentos de dispensación hospitalaria.
- Realizar campañas informativas dirigidas a los pacientes en centros hospitalarios, centros de salud, oficinas de farmacia, centros de tercera edad, residentes válidos de CAS, etc. Sumar a esta estrategia a los farmacéuticos de oficina de farmacia para aunar esfuerzos (pacto con COF).
- Video explicativo dirigido a los pacientes colgable en la web de la Consejería.
- Sesiones clínicas a profesionales sanitarios.
- Aprovechar la campaña del día de la Adherencia patrocinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la SEFH, dirigida fundamentalmente a los pacientes externos que acuden a los servicios de farmacia a recoger sus medicamentos de dispensación hospitalaria.
- Medición de la adherencia:
 - Mediante alguno de los test y encuestas propuestos
 - Mediante la información proporcionada por el módulo de pacientes externos del programa ATHOS de gestión del SFH.
 - Utilizando la receta electrónica, por medio de la secuencia de fechas de recogida de la medicación en las farmacias (tendrá los sesgos de que mide recogida y no la toma y de los plazos de recogida de la medicación).

4ª. CONTINUIDAD DE LA ASISTENCIA INTERNIVELES Y CONCILIACIÓN TERAPÉUTICA EN LAS TRANSICIONES ASISTENCIALES

Entre AP y AE

- El reciente cambio de la denominación de farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria por el de especialista en farmacia hospitalaria y de atención primaria, marca el rumbo de la coordinación e integración farmacéutica interniveles.
- Envío de información coordinada a los médicos sobre la evolución comparativa de los medicamentos que prescriben, con especial incidencia en la incorporación de nuevos medicamentos, indicadores de calidad de la prescripción, gasto comparativo entre alternativas terapéuticas diferentes, alertas farmacológicas y de desabastecimiento, etc.
- Mantener contacto entre farmacéuticos del SFH, de AP, de oficina de farmacia y de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para coordinar la continuidad de la atención farmacéutica en determinados pacientes priorizados por su pluripatología y/o polimedicación.

En pacientes crónicos ingresados en centros hospitalarios:

- Aumentar el nº de conciliaciones al ingreso, en urgencias y al alta
- Al alta: entrevista a los pacientes para explicar las modificaciones introducidas en su terapia activa completa, a poder ser por escrito.

En pacientes que acuden a consulta con facultativos especialistas:

- Integración de los módulos de prescripción de Selene-AE y Selene-AP para garantizar la seguridad de los pacientes evitando duplicidades. Debe transmitirse a los médicos de AP, como responsables del seguimiento integral del paciente, que cuando a través del gestor de cupo reciban una aler-

ta de que uno de sus pacientes ha acudido a su cita con un médico especialista, se puede haber producido un cambio de medicación, para que lo incorpore lo antes posible al tratamiento activo total del paciente, con el objeto de prever duplicidades y conflictos. Lo óptimo sería que, dado que el tratamiento es para el paciente, el módulo de prescripción fuera único.

En centros de asistencia social:

- Profundizar en el programa puesto en marcha por la Consejería adscribiendo los depósitos de medicamentos de estos centros al SHF del HSP. Esta medida garantiza la continuidad asistencial, la aplicación de criterios comunes de utilización y adquisición de medicamentos y la adecuación de los tratamientos mediante la revisión y validación individualizada consensuada cuando se produce cualquier cambio en el tratamiento con los médicos de los centros.
- Extender este mismo objetivo a la atención farmacéutica que deben proporcionar los farmacéuticos de oficina de farmacia que tienen botiquines adscritos a ellas.
- Fomentar la atención farmacéutica personalizada a los residentes validos por las farmacéuticas que participan en el programa. Ya se ha iniciado un pequeño piloto de AF con pacientes seleccionados de acuerdo con los médicos en 2 de estos centros. El objetivo es evaluar los resultados en salud de la AF.

5ª. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN OFICINAS DE FARMACIA

- Pactar programas concretos de atención a pacientes crónicos en determinadas patologías, las más prevalentes, con el COF de La Rioja, empezando por alguna de ellas. Hay oficinas de farmacia en esta CA que ya tiene experiencia en estas actuaciones y podrían colaborar en su divulgación, puesta en práctica e impartición de formación en su metodología.
- Pacto con el COF de La Rioja sobre promoción de hábitos saludables, medidas de prevención de algunas de estas patologías relevantes, participación en el seguimiento farmacoterapéutico, fomento de la adherencia, monitorización de determinados parámetros, consejo dietético, etc. en las oficinas de farmacia. Posible acreditación.
- Fomentar la extensión en pacientes concretos seleccionados de sistemas de dispensación personalizada (SDP).
- Programa de revisión de tratamientos activos con médicos de atención primaria dispuestos a colaborar, continuando el ya comenzado en su día por la Consejería en AP.
- Potenciar la adherencia con campañas de mentalización con información y encuestas. Para conseguir eficacia, la experiencia de otras comunidades autónomas indica que es necesario realizarlas con continuidad.

6ª. EXTENSIÓN DE CRITERIOS COMUNES DE ELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

- Intervención activa en la elaboración de los nuevos protocolos clínicos, validados por la dirección médica de los centros.
- Seguir extendiendo a un mayor nº de medicamentos la compra centralizada del SNS
- Aporte de criterios de uso racional y evidencia científica en la incorporación de nuevos medicamentos a la GFT del HSP
- Seguir colaborando con las direcciones médicas en la autorización de la utilización de determinados medicamentos. Requeriría de la mentalización de los médicos para no establecer expectativas previas a los pacientes antes de recibir la aprobación y la de preservar información a la industria farmacéutica para no condicionar la elección terapéutica.
- Intervención conjunta con la Dirección del centro en la elaboración de estrategias en la intro-



ducción de nuevos medicamentos y en el tratamiento de determinadas patologías concretas (VIH, VHC, diversos tipos de cáncer, esclerosis múltiple, anemia, ANTIBIOTICOS, etc.)

- Participación activa en la evaluación de medicamentos: Grupo Coordinador del Posicionamiento Terapéutico de los medicamentos (GCPT) y Comisión Interministerial de Precios de los medicamentos (CIPM), los 2 en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- Incorporación de herramientas de apoyo a la prescripción orientadas a la elección terapéutica más eficiente, por ejemplo, integrando en Selene-AP guía clínicas y algoritmos de decisión de reconocido prestigio (SEMFYC, FISTERRA...)

7ª. FORMACIÓN: CHARLAS, SESIONES CLÍNICAS, BOLETINES Y VIDEOS INFORMATIVOS DIRIGIDOS A MÉDICOS, ENFERMERAS Y PACIENTES

- Bases bibliográficas integradas en la prescripción electrónica
 - Base de datos de medicamentos del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (BOT).
 - Stockley (interacciones farmacológicas).
 - Fichas técnicas de los medicamentos de la AEMPS (Proyecto CIMA) accesible en www.aemps.es.
 - Guías de práctica clínica
- Bases de datos con información relevante
 - Agencia Europea del Medicamento (European Medicine Agency, EMEA); accesible en www.emea.eu.int.
 - Agencia de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA); accesible en www.fda.gov
 - Boletines de información farmacoterapéutica. Son una fuente de información independiente de las novedades terapéuticas o de los nuevos fármacos introducidos en un territorio determinado.
 - Informes de posicionamiento terapéutico elaborados en consenso entre el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad y las CA.
- Bases de datos de medicina basada en la evidencia
 - www.tripdatabase.com es un buscador de artículos de medicina basada en la evidencia en 45 sedes de alta calidad (revistas, libros electrónicos, guías de práctica clínica).
 - www.excelenciaclinica.net es la traducción de Tripdatabase, disponible en la Biblioteca Virtual.
 - www.library.nhs.uk es la biblioteca virtual del servicio de salud británico, que facilita el acceso a un gran volumen de recursos electrónicos.
 - Etc...
- Charlas dirigidas a médicos:
 - Participación en las sesiones clínicas de sus servicios
 - Desprescripción
 - Desprescripción de benzodiazepinas
 - Desprescripción de IBP
 - Desprescripción en preoperatorio
 - Prescripción al alta
 - Conciliación
 - Farmacovigilancia
 - Programa de AF del SFH en CAS



- Programa de revisión de tratamientos
- Adherencia
- Etc.

- Educación sanitaria: elaboración de información audiovisual dirigida a ciudadanos, disponible también en la página web del Servicio Riojano de Salud:
 - Uso racional de benzodiacepinas
 - ¿Y si fuera el medicamento?
 - Adherencia
 - Genéricos y biosimilares
 - Uso correcto de los antibióticos y riesgos de su abuso
 - Autocuidado
 - Etc.

- Paciente experto: fomentar el conocimiento en centros de personas mayores, asociaciones de pacientes, OCU, etc.
 - Autocuidado
 - Red de formadores del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - Otras iniciativas

8ª. INVESTIGACIÓN

- Promoción y evaluación de estudios de investigación biomédica presentados para la realización de EC, EPA y otros proyectos de investigación clínica
- Promover líneas de investigación específicas en cronicidad en colaboración con otros servicios clínicos y niveles asistenciales para la medida y evaluación de estrategias.

38



NECESIDADES PARA SU PUESTA EN MARCHA

- Incorporación de herramientas tecnológicas que faciliten la información y el seguimiento de resultados en salud en pacientes crónicos.
 - Módulos de prescripción electrónica único en Selene-AP y Selene-AE para evitar duplicidades y reclamaciones.
 - Integración en Selene de herramientas de ayuda y apoyo a la prescripción: guías, vías y algoritmos de reconocido prestigio, validadas por la institución y fichas técnicas de los medicamentos.
 - Integrar en Selene la prescripción y dispensación de los medicamentos que se administran en el Hospital de Día, para garantizar mejor la seguridad de los pacientes a los que se les administran, empezando por los citostáticos. Valorar en su fase de implantación la posible contratación de algún especialista, dada la alta carga de trabajo de los colectivos sanitarios implicados
 - Integrar en Selene la prescripción y dispensación a pacientes externos hospitalarios y poner en marcha un gestor de datos que facilite el seguimiento y evaluación de resultados, a imitación del gestor de cupos de AP.
 - Gestor de datos de prescripción, datos clínicos, pruebas y dispensación de medicamentos para toda el Área de Salud de La Rioja.
- Pacto con COF de La Rioja para incorporar a los farmacéuticos de oficina de farmacia en la continuidad asistencial, resultados en salud, adherencia, campañas específicas, promoción de hábitos saludables, etc.

INDICADORES

- N° conciliaciones
- N° medicamentos con incidencias en la conciliación
- Enumeración de las incidencias en conciliación
- N° entrevistas con pacientes crónicos ingresados, durante el ingreso y al alta
- Enumeración de intervenciones realizadas en estas entrevistas
- PRN y RNM detectados
- Resultados de encuestas de adherencia
- Resultados de la adherencia según el módulo de dispensación a pacientes externos del programa de gestión del SFH
- N° de tratamientos revisados y validados
- N° nuevos medicamentos incorporados a la GFT
- N° protocolos clínicos nuevos incorporados
- Informes de evolución del consumo de medicamentos por servicio/unidad clínica
- N° residentes en centros de asistencia social con AF desde el SFH
- N° medicamentos por residente
- N° y descripción de las intervenciones de AF en centros de asistencia social
- N° autorizaciones de medicamentos por la Dirección Médica
- Clasificación de los medicamentos que requieren autorización previa
- Evaluación de resultados en salud de estos medicamentos sometidos a autorización previa
- N° proyectos de investigación evaluados
- N° de muestras de EC dispensadas
- N° charlas y actividades de formación realizadas
- Enumeración de esta formación
- Etc.



BIBLIOGRAFÍA



Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012.

En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

En: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html

Estrategia de atención a la población con enfermedades crónicas en Asturias.

En: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/category/estrategia-de-cronicidad/>

Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.

En: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

Estrategia de atención a pacientes crónicos de la Comunidad de Madrid.

En: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&idTema=1142598691385&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&perfil=1273044216036&pid=1273078188154

Cartera de servicios sanitarios de atención al enfermo crónico dependiente del Gobierno de Aragón.

En: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertraServicios/ATENCI%C3%93N%20A%20ENFERMOS%20CR%C3%93NICOS%20DEPENDIENTES.pdf>

Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Gobierno Foral de Navarra.

En: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana.

En: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1275-2007.pdf>

Plan estratégico de la SEFH sobre Atención Farmacéutica al paciente crónico.

En: http://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf

Instituto Nacional de Estadística. Previsión de pirámide de población en España INE 2012-2052.

Manejo del paciente polimedcado en Atención Primaria. SEFAC.

En: http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/manejo_pacientes_polimedcados.pdf

Pacientes polimedcados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información Terapéutica del SNS, vol 35 nº 4/2011.

En: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/PolimedcadosVol35n4.pdf

Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente.

En: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf

Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedcados (GRAPP). Gobierno de las Islas Baleares.

En: http://www.elcomprimido.com/PROTOCOLOS_SUPRASECTORIALES/pdf/GUIA%20POLIMEDCADOS_cast.pdf

Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicamentos en pacientes polimedcados en Atención Primaria 2013. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.

En: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/1302_guia_revision_medificacion_polimedcados_AP.pdf



Implantación del programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Comunidad Valenciana.

En: <http://www.san.gva.es/web/dgfps/-refar-programa-de-revision-y-seguimiento-de-la-farmacoterapia>

Adherencia al tratamiento en patologías crónicas. Infac 2011 vol 19 nº 1.

En: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miezd-juntos/infac_v19_n1.pdf

Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En: http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf

Consenso sobre Atención Farmacéutica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>

Foro de Atención Farmacéutica. Documento de consenso 2008.

En: http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forodeattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf





Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja

Optimización del uso de los
medicamentos en pacientes crónicos

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org

