

Extra 2006

e-farmacéutico

COMUNITARIO

Revista de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

**II Congreso
Nacional
de la SEFaC**
A Coruña,
17-19 noviembre
2006



**Información, programa, ponencias
y comunicaciones del Congreso**

«Abriendo Puertas:

Relación interprofesional
en el equipo de salud»

 **Mayo**
EDICIONES

Cartas de presentación
de los presidentes
de la SEFaC y del
Comité Organizador **2**

Información
adicional del
Congreso **4**

Plano de la sede
del Congreso **6**

Patrocinadores,
colaboradores,
espónsors
y expositores **7**

Programa
científico **8**

Ponencias
y conferencias **10**

Mesa redonda I **10**

Mesa redonda II **12**

Mesa redonda III **14**

Mesa redonda IV **16**

Conferencia
de clausura **19**

Comunicaciones
orales **20**

Comunicaciones
orales I **20**

Comunicaciones
orales II **21**

Comunicaciones
orales III **24**

Comunicaciones
orales IV **29**

Comunicaciones
póster **31**

Comités del II Congreso Nacional de la SEFaC

Comité de Honor

Ministra de Sanidad:

Excma. Sra. Dña. Elena Salgado Méndez.

Conselleira de Sanidade:

Excma. Sra. Dña. María José Rubio Vidal.

Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de A Coruña:

Excmo. Sr. D. Javier Losada de Azpiazu.

Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña:

Ilma. Sra. Dña. Rosa María Lendoiro Otero.

Comité del II Congreso Nacional de la SEFaC

Presidente de la SEFaC y del Congreso:

J. Ibáñez Fernández.

Presidente del Comité Organizador del Congreso:

L. Brizuela Rodicio.

Comité Organizador:

B. Cobián, E. Almorín, L. Fandiño, I. Méndez,
A. Torres, M. Rodríguez, E. Eiroa, A. Rodríguez.

Comité Científico:

B. Cobián, J. Ibáñez, N. F. Andrés, E. Oller,
M. Loza, C. Duran, L. Brizuela, M. J. Vigo, A. Carvajal.

PRESENTACIÓN

Estimados compañeros:

Otra vez nos encontramos para participar en este II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Quisiera resaltar el gran esfuerzo realizado por el Comité Organizador y por el Comité Científico, para que sea un encuentro que nos permita, primero, conocernos personalmente, y además dar a conocer la actividad que hemos desarrollado durante estos dos últimos años en nuestras farmacias, intercambiar opiniones y experiencias, para reafirmarnos en nuestra esperanza en trabajar en pos de la Farmacia y de la Atención Farmacéutica.

Espero que este II Congreso contribuya al asentamiento de la SEFaC como sociedad científico-profesional de referencia dentro de nuestra profesión y para ello necesitamos contar con la colaboración de todos vosotros aportando vuestros trabajos, vuestras experiencias y vuestra presencia.

Se ha elaborado un programa científico intenso, en el que se ha buscado la máxima participación de los farmacéuticos y también se debatirán temas de gran interés teniendo en cuenta la situación actual de la farmacia.

Espero y deseo, de verdad, que seamos capaces de aprender de todas las opiniones y experiencias que nos van a presentar nuestros compañeros.

¡Qué disfrutemos todos de este congreso!

Un afectuoso saludo

José Ibáñez Fernández

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria

Apreciados compañeros:

En nombre del Comité Organizador, del que formamos parte un grupo de farmacéuticos de la SEFaC, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento por vuestra asistencia al congreso. Asimismo daros la bienvenida y deseamos que disfrutéis de la hospitalidad que nos brinda una ciudad como A Coruña.

Como podréis apreciar, hemos puesto una gran ilusión y esfuerzo para que sea un congreso de calidad y para ello podéis ver que os proponemos un programa muy intenso siguiendo el lema del congreso: «**ABRIENDO PUERTAS: Relación interprofesional en el equipo de salud**». Hemos elaborado **4 mesas de ponencias** en las que nos expondrán las últimas experiencias entre farmacéuticos comunitarios, la formación conjunta o la integración del farmacéutico en los equipos de salud.

También se han previsto **4 mesas de exposición de trabajos**, en las que hemos intentado dar voz y protagonismo al mayor número de compañeros posibles. No podemos olvidarnos de temas que marcarán el futuro de nuestras farmacias, como son la receta electrónica o la normativa de la Comunidad Europea en materia de farmacia.

Nuestro deseo es que éste sea un congreso de integración y participación de todos vosotros y en el que disfrutéis de todo el entorno.

Un cordial saludo

Luis Brizuela Rodicio

Presidente del Comité Organizador del II Congreso de la SEFaC

Cena de gala y credenciales

Información adicional del Congreso

En la Secretaría Técnica, junto con la credencial, le ha sido entregado este tarjetón de la cena de gala. Rogamos confirme su asistencia. Éste es un trámite imprescindible.



II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria TARJETÓN DE ACCESO

A LA CENA DE GALA DEL CONGRESO

Imprescindible su presentación a la entrada del

Hotel Hesperia Finisterre de A Coruña a las 22,00h; 18 de noviembre de 2006

Imprescindible reconfirmar asistencia en la Secretaría Técnica.

Hotel Hesperia Finisterre.
Paseo del Parrote nº 2. A Coruña.
Sábado 18 de noviembre de 2006, a las 22,00h.

Credenciales



SEDE DEL CONGRESO:

2.ª PLANTA DEL PALACIO DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS DE A CORUÑA



RELACIÓN DE PATROCINADORES, COLABORADORES, ESPÓNSORS Y EXPOSITORES DEL CONGRESO

Almirall.

Ama.

Aproafa.

Astra Zeneca.

Ayuntamiento de A Coruña.

Barclays.

Bayvit-Stada.

Bexal.

Cinfa.

COFAGA.

COFANO.

COFARES.

Colegio Oficial de Farmacéuticos
de A Coruña.

Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Lugo.

Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Ourense.

Colegio Oficial de Farmacéuticos
de Pontevedra.

Consejo General de Colegios
Oficiales Farmacéuticos.

Correo Farmacéutico.

Davur.

El farmacéutico.

Esteve.

Farmacéuticos Mundi.

Fundación Pharmaceutical Care.

Johnson & Johnson.

Kern Pharma.

Laboratorios Menarini, S.A.

Lacer.

Lilly.

Madaus.

Marka S.L.

Normón.

Pfizer.

Previsión Sanitaria Nacional.

Química Farmacéutica Bayer, S.A.

Ratiopharm.

Sanal.

Sefac.

Sefac- Galica.

SIC Servicios Informática Coruña S.L.

Teva Genéricos S.L.

Zambon.

PROGRAMA DEL II CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA COMUNITARIA

VIERNES 17 DE NOVIEMBRE DE 2006

TARDE:

15:30 h **Entrega de Documentación.**

16:00 h **Conferencia Inaugural.**

Conferenciante:

Fermín Quesada Jiménez.

Médico de Familia del C. S. de la Cartuja (Granada).

16:45 h **Mesa Redonda I:
La Receta Electrónica: ¿Mejora de
Comunicación, o Barrera de Información?**

Modera:

José Ibáñez Fernández.

Farmacéutico Comunitario en Gavá (Barcelona).

Presidente de la SEFaC.

Intervienen:

Cristina Rey Barbosa.

Subdirectora General de Farmacia del Servizo Galego de Saúde (SERGAS)

Nicanor Floro Andrés Rodríguez.

Doctor en Farmacia. Farmacéutico Comunitario en Vigo (Pontevedra).

Investigación en Atención Farmacéutica, Grupo Biofarm, Universidad de Santiago de Compostela.

M^a del Carmen Ropiñón Paus.

Farmacéutica Comunitaria en Huelva.

18:00 h **Pausa Café.**

18:30 h **Acto de Inauguración.**

Intervienen:

Excma. Sra. Dña. M^a José Rubio Vidal.

Conselleira de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Excmo. Sr. D. Javier Losada Azpiazu.

Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de A Coruña.

D. José Ibáñez Fernández.

Presidente de la SEFaC.

Excma. Sra. Dña. Rosa M^a. Lendoiro Otero.

Presidenta del Excmo. Colegio Oficial de

Farmacéuticos de La Coruña.

D. Luís Brizuela Rodicio.

Presidente del Comité Organizador del II Congreso de la SEFaC.

18:45 h **Comunicaciones Orales I.**

Modera:

Vicente Baixauli Fernández.

Farmacéutico Comunitario en Mislata (Valencia).

19:45 h **Recepción de Bienvenida
Excmo. Ayuntamiento de A Coruña.**

SÁBADO 18 DE NOVIEMBRE DE 2006

MAÑANA:

09:45 h **Comunicaciones Orales II.**

Modera:

Carmen Cociña Abella.

Farmacéutica Comunitaria en Torrejón (Madrid).

Vicepresidenta de la SEFaC.

10:45 h **Visita Pósters.**

11:00 h **Pausa Café.**

11:30 h **Mesa Redonda II: Trabajando Juntos.**

Modera:

M^a Dolores Murillo Fernández.

Doctora en Farmacia. Farmacéutica Comunitaria en Sevilla.

Intervienen:

M^a Dolores del Hoyo Velázquez.

Farmacéutica, responsable de Comunicación de Cecofar.

Ana M^a Quintas Rodríguez.

Farmacéutica Comunitaria en Móstoles (Madrid).

Experta en Tabaquismo. Secretaría de SEDET.

Joan Lluís Vinent Genestar.

Farmacéutico Hospitalario, prescriptor, en el Reino Unido.

Raimundo Pastor Sánchez.

Medico de SEMERGEN. Presentación del programa

MEDAFAR: Criterios de derivación farmacéutico-medico.

13:00 h **Comunicaciones Orales III.**

Modera:

Teodomiro Hidalgo Sotelo.

Farmacéutico Comunitario en Fene (A Coruña).

Vocal de Oficina de Farmacia en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

14:00 h **Almuerzo de Trabajo.**

DOMINGO 19 DE NOVIEMBRE DE 2006

TARDE:

16:00 h **Mesa Redonda III: Farmacia Comunitaria: Trabajando en Equipo.**

Modera:

M^a José Muniesa Marín.

Farmacéutica Comunitaria en Zaragoza.

Intervienen:

Ana Molinero Crespo.

Doctora en Farmacia. Farmacéutica Comunitaria en Fuenlabrada (Madrid). Secretaria de FACOR.

José Ramón Isanta García.

Doctor en Farmacia. Farmacéutico Comunitario en Lleida.

Belén Cobián Rodríguez.

Farmacéutica Comunitaria en A Coruña. Investigación en Atención Farmacéutica, Grupo Biofarm, Universidad de Santiago de Compostela.

16:50 h **Comunicaciones Orales IV.**

Modera:

Alejandro Eguilleor Villena.

Farmacéutico Comunitario en Madrid.

17:40 h **Pausa Café.**

18:00 h **Mesa de Debate: La Farmacia Española ante el Dictamen de la Unión Europea.**

Modera:

Rosa M^a Lendoiro Otero.

Presidenta del COF de A Coruña.

Intervienen:

Pedro Capilla Martínez.

Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de España.

John Chave.

Secretario General de la Organización Farmacéutica de la Unión Europea (PGEU).

Aurelio Alonso Cortés.

Abogado, experto en derecho económico de la competencia. Colaborador de medios de comunicación económica.

Un periodista especializado en temas de la Unión Europea (pendiente de confirmar).

20:00 h **Entrega del Premio Periodístico «Albarelo» que otorga el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña.**

20:45 h **Cóctel ofrecido por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de A Coruña.**

22:00 h **Cena del Congreso y Entrega de Premios.**

MAÑANA:

10:00 h **Mesa Redonda IV: Investigación Interprofesional en el Equipo de Salud.**

Modera:

Paloma Fajardo Paredes.

Farmacéutica Comunitaria en Málaga.

Intervienen:

Isabel Baena Parejo.

Farmacéutica. Coordinadora del Grupo de A. F. de la Universidad de Granada.

Ana Rodríguez Sampedro.

Farmacéutica Comunitaria en Ribeira (A Coruña). Investigación en Atención Farmacéutica, Grupo Biofarm, Universidad de Santiago de Compostela.

Ana Ocaña Arenas.

Farmacéutica comunitaria en Loja (Granada). Grupo de Investigación INDADER.

Daniel Sabater Hernández.

Farmacéutico. Grupo de Investigación en la A. F. de la Universidad de Granada.

11:15 h **Pausa Café.**

11:45 h **Conferencia de Clausura.**

Conferenciante:

Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda.

Doctor en farmacia.

Farmacéutico Comunitario en San Sebastián.

12:30 h **Lectura de conclusiones del II Congreso de la SEFaC y Acto de Clausura.**

Lectura conclusiones:

Neus Caelles Franch.

Vicepresidenta de la SEFaC.

Farmacéutica Comunitaria en Reus (Tarragona).

13:15 h **Asamblea de la SEFaC.**

14:00 h **Cóctel de Despedida.**

Ponencias y conferencias

MESA REDONDA I

Receta electrónica y atención farmacéutica

N.F. Andrés Rodríguez

La receta electrónica (RE) se ha descrito como la automatización, haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones, de:

- El proceso de prescripción, control y dispensación de medicamentos (ciclo clínico) y
- El proceso administrativo de facturación al Servicio de Salud de las dispensaciones realizadas (ciclo administrativo).

Las fases fundamentales del proceso se pueden esquematizar de la siguiente manera:

- **Prescripción:** el paciente acude al centro de salud donde el médico, mediante su tarjeta sanitaria (TIS), accede a su historia clínica de la que forma parte la historia farmacoterapéutica. Una vez atendida la consulta, el médico introduce las observaciones correspondientes en la historia, incluyendo las prescripciones que considere oportuno, que, en el caso de un tratamiento crónico, serán las necesarias hasta la próxima visita de evaluación que desee programar.
- **Dispensación:** el paciente acude a la farmacia donde, mediante la TIS, el farmacéutico accede a la base de datos en la que se encuentran registradas las prescripciones del paciente pendientes de dispensación. Realizará la dispensación de aquellas a las que corresponda en función de su fecha de validez. Cuando se trate de prescripciones que necesiten visado u homologación, tendrá que acceder a un módulo específico donde realizará una validación, o bien esa validación se producirá por el sistema tras la prescripción por el médico y antes de la inclusión entre las prescripciones disponibles.
- **Facturación:** al cerrar o comunicar la dispensación al servicio de salud, se produce la facturación o anotación a favor de la farmacia dispensadora.

El sistema de RE presenta grandes posibilidades, fundamentalmente en el campo de la gestión de las prestaciones en su conjunto. Se espera conseguir un mejor aprovechamiento y control de los recursos, un ahorro en los costes y una mayor capacidad en el manejo de la información. La descongestión de las consultas médicas y la disponibilidad de un módulo de prescripción asistida son valoradas positivamente por los médicos. La reducción de la frecuentación de los pacientes crónicos parece ser el primer resultado que se ha obtenido con una disminución del 60% en las visitas. Para los sistemas gestores el conocimiento en tiempo real de las prescripciones y dispensaciones, la posibilidad de "orientar" la prescripción y disponer de mecanismos de control del fraude representan importantes mejoras en calidad y eficiencia.

Pero, ¿suponen una mejora para la farmacia comunitaria desde el punto de vista del proceso de dispensación y de las actividades de Atención Farmacéutica?

La influencia de la RE sobre dichas actividades, entendiendo como tales las que el Documento de Consenso define como básicas (indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico), dependerá sustancialmente del papel que desde la Administración se quiera dar al farmacéutico comunitario en el proceso asistencial al paciente. La información disponible y la que se va a generar durante el conjunto de la atención sanitaria al paciente en los distintos niveles asistenciales va a ser muy amplia y compleja y quedará almacenada en su historia clínica electrónica.

Una parte de ella sería de gran utilidad para la ejecución de los procedimientos de atención en la farmacia. El farmacéutico debería tener acceso, con la autorización expresa del paciente, y con las mismas seguridades que deben afectar a los demás profesionales sanitarios, a determinados datos de salud y a la sección de la historia clínica que afecte al uso de los medicamentos, la historia farmacoterapéutica. Considero requisitos de información mínimos para poder desarrollar adecuadamente una función asistencial en la interacción con el paciente los siguientes:

- Tratamiento activos prescritos
- Tratamientos recientes no confidenciales
- Dosificaciones, pautas y duración de tratamientos
- Enfermedades y problemas de salud
- Alergias
- Antecedentes de reacciones adversas
- Situaciones o características fisiológicas especiales
- Resultados de pruebas analíticas
- Resultados de controles periódicos

Debería, igualmente, no solo poder detener o bloquear cautelarmente una dispensación si considera que hay peligro para la salud del paciente, sino también poder colaborar a la construcción de dicha historia farmacoterapéutica, mediante la anotación en ella de:

- Dispensaciones de medicamentos prescritos por medios no electrónicos
- Dispensaciones de medicamentos prescritos por médicos privados
- Dispensaciones de medicamentos que no precisan prescripción médica
- Reacciones adversas y demás resultados clínicos negativos observados
- Resultados de los controles de salud que el paciente le haya solicitado
- Etcétera

Debería disponer también de una línea de comunicación en tiempo real con el médico para poder solicitar o aportar la información que considere importante.

En estos momentos la RE se encuentra en período de pilotaje amplio o implantación progresiva en Andalucía (Receta XXI), y de pilotaje en áreas muy reducidas en Cataluña y el País Vasco. En este otoño del 2006 tienen previsto iniciar el pilotaje las Comunidades de Extremadura, Castilla-La Mancha, Baleares y Canarias.

En los últimos meses he podido examinar con detalle los procesos de RE en Andalucía y Cataluña. Independientemente de sus diferencias en cuanto a identificación y acceso de los participantes en el sistema, modelos de red, proceso de facturación y participación de los Colegios, hay diversos aspectos que será preciso evaluar cuidadosamente y deben considerarse objetivos ineludibles.

En cuanto al proceso dispensación/facturación:

- «Agilización» de los mecanismos burocráticos. No es admisible un sistema que además del proceso electrónico, obligue a la circulación y gestión de los comprobantes en papel con precintos adheridos. Se trata de una duplicación ineficiente.
- La disminución de la frecuentación en los centros de salud está provocando un aumento de consultas de tipo meramente administrativo en la farmacia, que una vez más (genéricos, precios de referencia, financiación selectiva, presentación de la TIS, etc.) se ve obligada a suplir carencias de las estructuras de la administración sanitaria.
- Una facturación teóricamente posible en tiempo real, que se nos presenta como una importante ventaja, no significa un pago también en tiempo real.

En cuanto a los procedimientos de Atención Farmacéutica:

- La única función disponible es el bloqueo preventivo de la dispensación ante dudas sobre su idoneidad.

- No existe ninguna posibilidad de acceso a los datos clínicos del paciente.
- No existe ninguna posibilidad de aportar información clínica a la historia clínica del paciente.
- El mínimo grado de integración con el programa de gestión de la farmacia no asegura que la teórica dispensación esté exenta de errores en los medicamentos que realmente se entregan al paciente.

Así pues, desde el punto de vista del farmacéutico comunitario y ante lo observado en las experiencias piloto hasta ahora desarrolladas, la respuesta a la pregunta que planteaba al comienzo es, de momento y lamentablemente, negativa.

Desde la Ley 16/1997 de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, hasta la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, pasando por la Ley 5/1999 de ordenación farmacéutica de Galicia y demás autonómicas, todas ellas señalan entre las obligaciones y los derechos del farmacéutico comunitario/ejerciente en oficina de farmacia la atención individualizada al paciente según procedimientos de Atención Farmacéutica, mencionando de manera explícita el seguimiento farmacoterapéutico como el de mayor repercusión en la salud de los ciudadanos. Sería una absoluta incongruencia el mantenimiento de las características actuales de los sistemas de RE en los que el papel del farmacéutico queda reducido al de un simple «terminal tonto».

La clave de la utilidad de la receta electrónica desde el enfoque de la función asistencial del farmacéutico comunitario va a estar en el nivel de acceso a la información, y por lo tanto de integración real en el sistema, lo que va a marcar el grado de implicación en la atención al paciente más allá de la simple entrega de los medicamentos que corresponden a las prescripciones pendientes, eso sí, por medio de una altísima tecnología, y también más allá de supuestas pero más que dudosas mejoras en la gestión burocrática. ■

La receta electrónica: ¿mejora de comunicación o barrera de información?

M.C. Ropiñón Paús

Es una buena pregunta. A estas alturas del cuento no creo que haga falta explicar qué es la Atención Farmacéutica ni los tres grandes procesos asistenciales que abarca: dispensación indicación y SFT.

Por otro lado, estoy segura de que todos estaremos de acuerdo en que unos de los puntos importantes para desarrollar bien estos procesos son la obtención de buena información acerca del paciente y la comunicación fluida con los demás miembros del equipo de salud. Pues todo esto es lo que PODRÍA aportar la receta electrónica y ahora explicaré el por qué de este condicional.

En Huelva capital estamos utilizando la receta XXI, que es como se conoce la receta electrónica, desde octubre del 2004, y en mi caso supone ya el 33% de las recetas dispensadas en la farmacia por lo que se puede concluir que para nosotros forma parte del trabajo habitual de la farmacia.

Receta XXI no es más que un módulo del Proyecto DIRAYA. Es un ambicioso Programa informático que están implantando en Andalucía para gestionar el Sistema Andaluz de Salud (SAS). Tiene como objetivos:

- Historia Digital de Salud Única para cada usuario del sistema y a la que se podrá tener acceso desde cualquier punto de la comunidad andaluza.
- Tarjeta sanitaria que es la llave de acceso a la Historia Clínica.

Para conocer el potencial de la Receta XXI es preciso describir brevemente la estructura del Proyecto. Consta de nueve módulos que dialogan entre sí y comparten información. Los módulos que constituyen los cimientos son:

- **Base de Datos de Usuarios (BDU):** dota a los usuarios de un Número Único de Historia de Salud (NUHSA). Este número es el que recoge todos los acontecimientos sanitarios de un paciente.

- **Módulo de Acceso Centralizado de Operaciones (MACO):** es la puerta de entrada al DIRAYA. Identifica las claves de acceso de los profesionales y permite utilizar los diferentes módulos en función de lo que te permita las claves.

- **Estructura:** conoce los recursos del Sistema Sanitarios tanto físicos como funcionales.

Sobre estos tres modulos se apoyan:

- **Citación:** gestiona las agendas de Atención Primaria (AP), Consultas externas y Pruebas Diagnosticas. Cuando este módulo funcione un paciente podrá salir de AP con la cita para las pruebas y para el especialista.

- **Historia de Salud:** es el corazón del Diraya. Permite a los sanitarios gestionar la información clínica del paciente. Toda la información está vinculada al NUSHA.

La información está jerarquizada según el tipo de profesional que la utiliza. Comprende tres bloques:

- **Básicos de Salud:** sociofamiliares, problemas de salud, antecedentes familiares y personales, hábitos tóxicos y alergias;
- **Medidas diagnóstico-terapéuticas:** interconsultas, analíticas pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos y cuestionarios de exploración;
- **Hojas de asistencias:** registran los distintos contactos del usuario con el sistema sanitario. Existen hojas diferenciadas para los distintos niveles: AP, consultas externas, enfermeras, trabajadores Sociales, Urgencias...
 - **Salud Responde:** centro telefónico que permite obtener citas de AP 24 horas al día, 365 días al año.
 - **RECETA XXI:** es un nuevo modelo de prescripción y dispensación de medicamentos. El médico (AP o especialista) crea un crédito farmacéutico con el tratamiento completo para un tiempo determinado que puede ser de hasta un año.

El paciente acude a su farmacia con la tarjeta sanitaria; ésta se introduce en un lector y se accede a la pantalla de dispensaciones posibles en ese momento. Esta información es rescatada por el programa de gestión de la farmacia y se dispensa los medicamentos. A continuación, se devuelve la información de lo dispensado en una doble dirección. Una al SAS para que conozcan la dispensación y otra al Centro de Cálculo para la facturación de la receta. Este es básicamente el funcionamiento de receta XXI desde la oficina de farmacia.

Tenemos acceso al histórico de prescripciones pero no a la frecuencia con el que el paciente retira los medicamentos, que nos podría orientar en el cumplimiento. Y en el caso de que detectemos algún error, anomalía o riesgo en alguna prescripción existe la posibilidad de ANULARLA CAUTELARMENTE hasta que el paciente vuelva a ir al médico y se la anule definitivamente o se la ratifique

Ésta es toda la información, sanitariamente hablando, que podemos obtener de la tarjeta y toda la comunicación que podemos tener con el resto de los agentes de salud.

Mis dudas o reivindicaciones, entre otras, son:

- ¿Por qué no podemos tener acceso a consultar la Historia de Salud siempre mediante claves y con la autorización del paciente?
- ¿Por qué no se habilita, aprovechado la tecnología, un canal de comunicación más fluidos con los demás integrantes del sistema sanitario y no una simple anulación cautelar?
- ¿Por qué no tenemos la oportunidad de tener nuestras propias hojas de asistencias en las que registrar las actuaciones del farmacéutico sobre un paciente, dícese indicación, y cuando éste acuda al médico realmente aporte la información completa?

Con independencia del esfuerzo económico y del realizado en el trabajo diario de la farmacia para adaptarse a este nuevo sistema, la Receta XXI me parece un avance, pero creo que está infrautilizada y es nuestra obligación conseguir que esto se solucione. ■

MESA REDONDA II

Formación conjunta para médicos de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios

D. del Hoyo

CECOFAR, cooperativa distribuidora de medicamentos y productos sanitarios, ha querido distinguirse siempre por los servicios que presta a sus socios. Esto es lo que nos mueve, adelantarnos a las necesidades de la farmacia, brindándoles la posibilidad de implantar nuevos servicios que la potenciarán tanto profesional como empresarialmente.

En 1999 crea un nuevo servicio profesional con la creación del departamento de Atención Farmacéutica, el objetivo de este nuevo servicio es favorecer la implantación de Pharmaceutical Care en las farmacias.

Uno de los pilares en los que el nuevo departamento basa su actuación es la oferta de formación de la más alta calidad, con cuatro criterios básicos:

- Impartida fundamentalmente por médicos de familia, farmacéuticos de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios.
- A todas las provincias de nuestro campo de actuación.
- Enfoque eminentemente práctico.
- Acreditada por parte de la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este proyecto de formación conjunta surge de la necesidad de innovar en la formación ofrecida a nuestros socios, unida a la necesidad que se percibe en los farmacéuticos que tiene implantado el servicio de Atención Farmacéutica, de mejorar y aumentar la colaboración con los médicos de Atención Primaria.

En el año 2003, después de colaborar con MSD en unas sesiones de formación en Centros de Salud, a los que invitaron a los farmacéuticos de farmacia comunitaria, comenzamos a diseñar el proyecto.

El objetivo final del proyecto es facilitar el trabajo del equipo multidisciplinar de atención a los pacientes, mediante la formación conjunta.

Los objetivos particulares son: Para Cecofar:

- Ampliar la cartera de servicios, con un proyecto innovador y de calidad, porque nos permite diferenciamos del resto de la distribución farmacéutica, que hacen énfasis exclusivo en sus funciones logísticas.
- Establecer vínculos con la sanidad pública, en su vertiente más cercana a los pacientes.

Para los farmacéuticos:

- Conocer los objetivos terapéuticos que se plantean los médicos prescriptores.
- Facilitar el conocimiento mutuo de médicos y farmacéuticos para la colaboración en la atención a los pacientes.
- Favorecer el desarrollo de la faceta asistencial del farmacéutico comunitario.

La metodología seguida es:

- Contactamos con el responsable de la administración sanitaria correspondiente y le presentamos el proyecto.
- El nombra un coordinador del proyecto que colaborará directamente con el responsable de Cecofar.
- Proponemos y elegimos temas y ponentes.
- Planificamos zonas y calendario.
- Cecofar convoca a los farmacéuticos comunitarios, titulares o adjuntos, pertenecientes a todas las farmacias de la zona, sean o no socios de la cooperativa. El responsable del proyecto por parte de la administración sanitaria convoca a los médicos.

Para facilitar la asistencia tanto de farmacéuticos como de médicos les proponemos sesiones de una hora y utilizar el horario que los médicos tienen previsto

para la formación, que a su vez está fuera del horario habitual de la farmacia. Los grupos deben ser pequeños, para facilitar la participación de todos y el conocimiento mutuo, además deben atender a la misma población. Las sesiones deben realizarse dentro del Centro de Salud puesto que posibilitamos uno de los objetivos principales de nuestro proyecto, facilitar la integración del farmacéutico comunitario en el equipo multidisciplinar de atención a los pacientes.

La convocatoria se hace por separado, el Distrito Sanitario convoca a los médicos y Cecofar convoca a los farmacéuticos.

En marzo de 2004 comenzamos el proyecto en el Distrito Sanitario Jaén Norte, contactamos con el director del Distrito Sanitario. La coordinadora del proyecto fue la farmacéutica del Área del Medicamento. La división se hizo por Zonas Básicas de Salud, convocando entre 6 y 20 farmacias en cada sesión. Los resultados en este distrito son:

- 3 ciclos, 21 sesiones
- Riesgo cardiovascular. Proceso Asistencial del SAS
- HTA
- Asma/EPOC y tabaquismo

En mayo de 2005 contactamos con el responsable de formación del Distrito Sanitario Campo de Gibraltar de Cádiz. La coordinación corrió a cargo nuevamente de la responsable del Área del Medicamento. La división también se hizo por Zonas Básicas de Salud. Los resultados en este distrito son:

- 1 ciclo, 11 sesiones
- Antidiabéticos orales

En junio de 2005 contactamos con el responsable de formación del Distrito Sanitario Huelva Costa, quién ha coordinado el proyecto. La división se hizo también en Zonas Básicas de Salud, tan sólo hemos llegado a Huelva Capital. Para la convocatoria hemos utilizado un díptico elaborado conjuntamente. Los resultados en este distrito son:

- 1 ciclo, 5 sesiones
- Asma/EPOC y tabaquismo

En marzo de 2006 contactamos con la delegada de salud de Córdoba, quién nombró como coordinadora del proyecto a una de las farmacéuticas del equipo de la delegación. Para la convocatoria utilizamos un díptico elaborado conjuntamente. En Córdoba hemos llegado a toda la provincia, dividiendo la zona en Distritos Sanitarios. Hemos realizado tan sólo dos sesiones en cada distrito, por lo tanto no hemos llegado a todas las zonas básicas. Los resultados en la provincia de Córdoba son:

- 1 ciclo, 8 sesiones
- Asma/EPOC y tabaquismo

Este proyecto no se pensó como un proyecto de investigación aunque sí que lo intentamos al finalizar el segundo ciclo en el Distrito Sanitario Jaén Norte, para evaluar la consecución de los objetivos y obtener vías de mejora del proyecto, aunque no hemos llegado a realizarlo. Por lo tanto, no podemos sacar conclusiones. En consecuencia, sólo podemos hacer una reflexión para exponer algunas impresiones, intentando ser lo más objetivos posible, teniendo en cuenta que no tenemos una encuesta que cuantifique o que nos permita definir las opiniones directa de los participantes.

Nuestra opinión sobre la marcha del proyecto podemos resumirla en cuatro ideas:

- Para mejorar la respuesta debemos ir a cada uno de los centros de salud.
- Debemos conseguir que sea el Distrito Sanitario el que convoque tanto a los médicos como a los farmacéuticos, sin embargo, Cecofar debe seguir trabajando en la motivación de los farmacéuticos comunitarios.
- El contacto más efectivo ha sido el director del Distrito Sanitario.
- La menor respuesta en las sucesivas sesiones del Distrito Sanitario Jaén Norte podemos explicarla por varias razones, aunque creemos que la principal es que no cumplimos las expectativas, planteamos una mayor integración y no conseguimos ningún tipo de interacción entre los dos profesionales, por lo tanto tenemos que avanzar en provocar contactos durante las sesiones. ■

Intervención en tabaquismo: colaboración centros de salud-oficinas de farmacia (Área 8 de la Comunidad de Madrid)

A.M. Quintas Rodríguez

INTRODUCCIÓN

La importancia del tabaquismo en nuestra población hace necesaria la implicación de todos los profesionales sanitarios y la colaboración entre ellos, redunda en la eficacia del abordaje de esta patología. La existencia de una cooperación previa, en otros problemas de salud, involucra a un grupo de médicos, enfermeros y farmacéuticos en la elaboración de un protocolo de actuación en materia de prevención y tratamiento.

En junio del 2004, en el Área 8 de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, ve la luz el documento base para la actuación de los distintos profesionales en la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Contempla, además de la actuación en esta materia, los mecanismos de colaboración entre el Centro de Salud y la Oficina de Farmacia. En líneas generales y partiendo de la necesidad de formación específica en tabaquismo, se establece que tanto la captación como el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, se hará indistintamente en ambos centros de tal forma que se posibilite el intercambio del lugar y del profesional que atiende al fumador.

Dos condiciones previas deben ser exigidas para la participación en el proyecto: la primera, la adherencia al protocolo como base común de actuación, y la segunda, estar en posesión de formación específica en tabaquismo o estar en disposición de recibirla.

Nos reunimos, por separado y conjuntamente, los profesionales de dos zonas básicas de salud y las farmacias que estaban dispuestas a colaborar, para poner en práctica el proyecto a fin de explicarlo y facilitar el documento básico de trabajo.

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Se persigue la captación de los pacientes fumadores que acceden por cualquier motivo a los centros de salud y a las oficinas de farmacia del Distrito de Móstoles, así como la deshabituación de la población asistida en las mejores condiciones de eficacia y eficiencia. El objetivo principal de la primera fase del proyecto es determinar el grupo de población susceptible de recibir ayuda y cuantificar las necesidades y posibilidades de atender a esa población.

La participación se extiende a 11 Oficinas de Farmacia y 2 Centros de Salud (Felipe II y Presentación Sabio). Se elabora un cartel anunciando la colaboración y una encuesta para los pacientes, consensuada entre los participantes, que recoge datos comunes con respecto a la información utilizada en los centros de salud y unas preguntas destinadas a captar las percepciones y necesidades de la población atendida.

La información común recogida en los Centros de Salud y Oficinas de Farmacia comprende datos personales y condición de fumador: tabaquismo actual (grado de dependencia, diagnóstico de fase, e intentos previos de abandono) y la específica recogida en las Oficinas de Farmacia se centra en la percepción del grado de implicación previa de los profesionales sanitarios, del conocimiento y relación con los centros sanitarios involucrados, y de la preferencia en el abordaje de la deshabituación, pues se considera que al ser las oficinas de farmacia las elegidas libremente por los pacientes, también contestarían con más sinceridad.

La primera fase del proyecto, contempla la recogida de datos de los pacientes que acuden a las Oficinas de Farmacia de cada zona básica mediante de la encuesta consensuada a través de los protocolos existentes, la puesta en común de la información recogida y la estimación del impacto en el diagnóstico del tabaquismo en la zona.

En la segunda fase, se facilita la puesta en contacto de los pacientes, que pretendan hacer un intento serio de abandono del tabaco, con el profesional que se vaya a encargar del tratamiento, teniendo como base el protocolo

elaborado por el área 8 y se comparte la información recogida de los pacientes en fase de precontemplación y contemplación para evitar la duplicidad de registros.

RESULTADOS

La población total del estudio fue de 1.067 pacientes captados. La media de edad de los 942 fumadores (490 mujeres y 452 hombres) fue de $43,20 \pm 0,48$ años, la de cigarrillos/día $18,53 \pm 0,38$. No se encuentran diferencias significativas respecto a la edad y el consumo dependiendo del lugar de captación, por el contrario si se encuentran respecto al sexo: las farmacias captaron más mujeres fumadoras. En cuanto a la fase de abandono tampoco se encuentran diferencias por sexo, sí por lugar.

El 36,72% (33,50-40,03) de los pacientes fuman su primer cigarrillo antes de 30 minutos y es el que más necesitan. En las farmacias encontramos un 13,82% (6,28-21,36) más de pacientes con dependencia alta a la nicotina. Un 66,99% de los fumadores han intentado dejar el tabaco (sin ayuda la mayoría), y las mujeres han recaído un $31,52 \pm 4,19\%$ más que los hombres.

Del 10,44% de los pacientes que han fijado fecha de abandono, el 39,39% (27,58-52,19) han sido captados y tratados en las farmacias en el periodo de estudio: 42% con tratamiento sustitutivo con nicotina, 32% con bupropión y el 23% con otro tipo de tratamiento (ansiolíticos, herbolario, etc.).

De las 520 encuestas realizadas por las farmacias, 420 eran de pacientes pertenecientes a las dos zonas básicas de estudio. El 79,03% de los encuestados habían recibido consejo previo por parte de los profesionales de AP (médicos, enfermeros y farmacéuticos) y el 14,42% por parte de los de Especializada. No lo ha recibido de ninguno el 17,50%.

El 89% de los entrevistados conocían la ayuda ofrecida por los profesionales de los Centros de Salud y Farmacias. El 60,43% (55,53-65,19) prefería el tratamiento de su tabaquismo de forma individual. El 60,49% (55,57-65,25) de los entrevistados prefieren por facilidad de horario y accesibilidad las oficinas de farmacia como lugar de tratamiento.

DISCUSIÓN

Se encontraron una serie de dificultades en la puesta en práctica. Por parte del paciente, negativas para contestar a las preguntas de la encuesta de las farmacias: para evitar que su tabaquismo fuese conocido por el profesional sanitario, falta de tiempo para responder o bien por desinterés al sentirse a gusto con su adicción (en un porcentaje pequeño de los casos en esta última situación), aunque la garantía sobre la confidencialidad de los datos recogidos y el hecho de compartir la información con los Centros de Salud, eliminó mayoritariamente las reticencias.

Por otra parte, los profesionales también expresaron sus reticencias: la falta de tiempo por la presión asistencial y burocrática, la falta de formación específica en tabaquismo, la de motivación y de convencimiento de la necesidad de esta intervención (en algunos casos), y carencia de apoyo real de las instituciones.

Se encontró, fruto de la colaboración, una mejora en la captación y el diagnóstico, llegando a pacientes que no frecuentan los Centros de Salud y que han establecido una relación de confianza con sus Farmacias. Se aumenta la oferta de los recursos para ayudar a los pacientes a dejar de fumar y sobre todo, la imagen de unidad frente al tabaquismo, ha aumentando la confianza de los pacientes hacia sus profesionales sanitarios tanto en las Oficinas de Farmacia como en los Centros de Salud.

Se tiene el convencimiento de que este proyecto puede tener continuidad porque se conocen los datos reales del tabaquismo de la población asistida, las necesidades asistenciales demandadas por nuestros fumadores, y por supuesto, se sabe el grado de implicación de los profesionales con el tabaquismo. Se ha llegado, como mínimo, al compromiso de los profesionales que han colaborado en el proyecto para seguir trabajando en el diagnóstico de la población y la captación activa de los pacientes en fase de preparación, para dar una respuesta eficaz y eficiente a los que soliciten dejar de fumar, mejorando las lagunas formativas que puedan producirse. La colaboración es posible e imprescindible. ■

MESA REDONDA III

Grupos de trabajo para la práctica de la atención farmacéutica en Madrid

A.M. Molinero Crespo

Doctora en Farmacia. Secretaria de la Asociación de Farmacéuticos Comunitarios (FACOR)

Para contribuir a una mejora de la calidad en la asistencia sanitaria se hace imprescindible la generalización de la práctica de la Atención Farmacéutica, y para ello hay que homogeneizar las metodologías y actuaciones profesionales llevadas a cabo por todos los profesionales sanitarios implicados.

Y como paso previo a la colaboración con los otros profesionales sanitarios se hace necesaria la puesta en común entre los propios farmacéuticos.

Como estrategia a seguir para consensuar la práctica profesional entre los farmacéuticos madrileños, se puso en marcha el trabajo en grupo en Atención Farmacéutica desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, por un lado, y desde FACOR, por otro.

Los grupos de trabajo de farmacéuticos del COFM y de FACOR tienen nexos de unión, ya que en muchas ocasiones los integrantes de los mismos desarrollan su actividad simultáneamente en el COFM y en FACOR.

En FACOR los primeros grupos se crearon hace ahora 10 años. El objetivo de estos grupos fue realizar protocolos de seguimiento farmacoterapéutico y de educación sanitaria a pacientes con distintos tratamientos: diabéticos, hipertensos, asmáticos, geriátricos... (cada grupo estaba integrado por una media de 20 farmacéuticos).

Después se creó un Grupo de trabajo en Calidad, que dio como resultado la certificación según la Norma ISO 9002 de 15 farmacias y la posterior publicación de un libro, *Gestión de la calidad en la oficina de farmacia*, para que pudiera ser utilizado por otros farmacéuticos.

Otro grupo de 30 farmacéuticos colaboró con la Comunidad Autónoma de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos para elaborar un documento de trabajo sobre «El farmacéutico como agente de salud», en el que se abordaron distintos temas relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y que se ofreció como instrumento de trabajo a todas las farmacias de la comunidad para ayudarlas a poner en práctica todos los contenidos de la atención farmacéutica.

En el año 2003 se inició la formación en nuevos medicamentos con el fin de mejorar la calidad de la asistencia profesional en la farmacia comunitaria. Esta formación consistía en la presentación del medicamento por el responsable del producto del laboratorio fabricante, seguida de la réplica por un farmacólogo independiente y finalmente la resolución de las posibles dudas de los socios. Todos los medicamentos estudiados eran nuevos en el mercado y cabeza de grupo terapéutico o aportaban alguna innovación o relevancia especial.

En ese primer año, los socios de FACOR estudiaron los siguientes medicamentos: tacrolimus, racecadotril, desloratadina, telitromicina, zaleplón, apomorfina, etonogestrel, fondaparinux e insulina aspart. A cada una de las reuniones asistió una media de 30 farmacéuticos.

Esto dio lugar a la creación de un grupo de trabajo, que todavía sigue funcionando, entre seis miembros de FACOR, denominado Grupo de Trabajo para la elaboración del Boletín, que se ha encargado de recopilar por un lado las presentaciones realizadas en las sesiones sobre nuevos medicamentos y por otro lado los artículos más relevantes publicados y relacionados con la fisiopatología de la enfermedad para la que iba destinado el medicamento, así como los artículos más interesantes publicados en revistas de prestigio y que tuvieran alguna relación con el medicamento y/o la enfermedad. Todo ello se ha plasmado en un Boletín impreso que se hace llegar periódicamente a todos los socios de FACOR.

En el año 2004 los medicamentos estudiados fueron: pioglitazona, tiotropio, beclaperrina, ziprasidona, paracalcitol, memantina, imidapril, pimicrolimus, vardenafilo y frovatriptán.

Durante los años 2005 y 2006 estas sesiones se han organizado, en colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, bajo el título de «Nuevos medicamentos: avances farmacoterapéuticos», siendo acreditados por la Comisión Nacional de Formación Acreditada.

En el año 2005 se realizaron cinco sesiones, a las que asistieron 36 farmacéuticos y en las que se estudiaron: adalimumab, imatinib, dutasterida, metilfenidato (liberación prolongada) y ezetimiba.

Durante este año se han realizado seis sesiones, que han seguido 40 farmacéuticos y se han estudiado:

metformina-rosiglitazona, ranelato de estroncio, pregabalina, ibritumomab, fulvestrant y aprepitant.

En el pasado mes de enero se creó, dentro de FACOR, un grupo de 80 farmacéuticos para trabajar en deshabituación tabáquica desde la farmacia comunitaria, que está funcionando en la actualidad y cuyos resultados serán publicados en breve.

También desde primeros de año funciona en FACOR un grupo de 10 farmacéuticos denominado Grupo de Consenso de Protocolos en Síndromes Menores. La metodología utilizada por este grupo consiste en recopilar los protocolos publicados por farmacéuticos para un determinado síntoma menor para analizarlos con detenimiento y así escoger dos de ellos. Con posterioridad se establece un debate entre los dos autores, al que puede asistir cualquier farmacéutico que lo desee para aportar sus ideas. A continuación, el grupo de trabajo elabora el llamado «protocolo de consenso», que posteriormente es publicado para difusión y utilización por otros farmacéuticos.

En el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, los Grupos de Trabajo para la Puesta en Práctica de la Atención Farmacéutica empezaron a funcionar en el año 2001. El objetivo de estos grupos era poner en práctica la Atención Farmacéutica. El número de farmacéuticos participantes en cada año ha sido 46, 69, 143, 163 y 132.

La metodología de estos grupos es la propuesta de un tema de trabajo que forme parte de las actividades asistenciales de la Atención Farmacéutica por un farmacéutico comunitario (coordinador del grupo), seguida por la publicación de este tema para que los farmacéuticos interesados se unan al grupo. Se forma así un grupo de trabajo, que se reúne mensualmente de octubre a junio en la sede colegial.

Durante el año 2005, los grupos que trabajaron en Madrid lo hicieron en:

- Atención farmacéutica en el paciente con depresión (18 farmacéuticos)
- Estrategias para la implantación de la AF en la OF (17 farmacéuticos)
- Atención Farmacéutica durante el embarazo (12 farmacéuticos)
- Elaboración de guías farmacoterapéuticas (14 farmacéuticos)
- Seguimiento de la salud y de la alimentación en el niño de 2 a 14 años (13 farmacéuticos)
- Atención Farmacéutica en menopausia (16 farmacéuticos)
- Atención farmacéutica en el paciente asmático (10 farmacéuticos)
- Deshabituación tabáquica desde la oficina de farmacia (11 farmacéuticos)
- Detección de hipercolesterolemias: Prevención de riesgos cardiovasculares (15 farmacéuticos)
- La Intervención Farmacéutica en el consejo nutricional (18 farmacéuticos)
- El Consejo farmacéutico en diabetes tipo 2 (11 farmacéuticos)
- Atención Farmacéutica en pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto (9 farmacéuticos)

Durante este año, los grupos que han trabajado en Madrid lo han hecho sobre:

- Atención farmacéutica en el paciente con depresión (11 farmacéuticos)
- Estrategias para la implantación de la AF en la OF (9 farmacéuticos)
- Seguimiento Farmacoterapéutico: bases prácticas para su implementación (8 farmacéuticos)
- Elaboración de guías farmacoterapéuticas (13 farmacéuticos)
- Seguimiento de la salud y de la alimentación en el niño de 2 a 14 años (14 farmacéuticos)
- ¿Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en ancianos? (14 farmacéuticos)
- Atención farmacéutica en el paciente con asma/EPOC (12 farmacéuticos)
- Deshabituación tabáquica desde la oficina de farmacia (12 farmacéuticos)

- Manejo del dolor desde la oficina de farmacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes (10 farmacéuticos)
- La Intervención Farmacéutica en el consejo nutricional (11 farmacéuticos)
- Consejo farmacéutico en dermatitis (7 farmacéuticos)
- Atención Farmacéutica en presbicia (11 farmacéuticos)

Y, por último, cabe reseñar que en colaboración con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se han creado este año 10 grupos de trabajo denominados Grupos de Coordinación Asistencial, uno por cada Área de Salud, integrados cada uno por 3 farmacéuticos comunitarios, 3 médicos de Atención Primaria, un inspector farmacéutico, un representante del equipo directivo de Atención Primaria, un representante de Atención Especializada y un farmacéutico de Atención Primaria.

El objeto de estos grupos de trabajo es el establecimiento de vías de comunicación entre profesionales, diseño y desarrollo de programas conjuntos sobre tratamientos farmacológicos, diseño y desarrollo de actividades conjuntas de formación en farmacoterapia, colaboración con la Administración Sanitaria en la prevención de enfermedades, promoción de hábitos saludables, educación sanitaria y atención farmacéutica, programas de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes crónicos, análisis de los problemas de seguridad farmacoterapéutica que puedan surgir, así como el análisis de incidencias producidas en la prescripción y dispensación de medicamentos y sus soluciones. ■

Trabajando en equipo

J.R. Isanta García

En la ponencia vamos a comentar aspectos que consideramos importantes en la organización de nuestra farmacia comunitaria como equipo de trabajo.

Revisaremos las funciones del farmacéutico director, farmacéuticos adjuntos y auxiliares de farmacia, así como su participación en la cartera de servicios.

En la organización de la farmacia cada persona debe tener responsabilidades concretas definidas y tareas compartidas con el resto del equipo.

Dentro del personal farmacéutico conviven en la farmacia farmacéuticos titulares y adjuntos, con diferencias jerárquicas claras.

El farmacéutico director debe saber conjugar en cada momento su rol de líder con el rol de farmacéutico. Es decir, saber cuándo hay que imponer su jerarquía y cuándo priman criterios farmacéuticos en la toma de decisiones.

El farmacéutico adjunto forma parte del equipo de dirección de la farmacia, como *staff* del director. Tiene responsabilidades delegadas en ámbitos concretos de la actividad de la farmacia. Debe convencer de su autoridad al resto del equipo, en base a su buen criterio y hacer diario.

Los auxiliares de farmacia son imprescindibles en el equipo de la farmacia. Son transmisores de información al usuario, y pueden ser voz de alarma al farmacéutico ante potenciales PRM, según procedimientos claros de actuación.

Para que el equipo funcione como tal deben establecerse objetivos medibles y aceptados de antemano por todos los afectados. Hay que tener un calendario de revisiones, y registrar mediante acta las conclusiones, los planes de acción con responsabilidades y plazos. ■

Gestión del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria: formación de los profesionales

B. Cobián Rodríguez

Farmacéutica comunitaria. A Coruña

Para poner en funcionamiento un servicio de seguimiento farmacoterapéutico se necesita una filosofía de práctica, una metodología para realizarlo y una gestión del servicio para que pueda ser ofertado a todos aquellos pacientes que puedan beneficiarse de él.

La filosofía del seguimiento farmacoterapéutico describe una práctica centrada en el paciente lo que unido a la necesidad social de hacer frente a la morbilidad y mortalidad relacionadas con medicamentos hace que sea responsable del profesional asegurar que toda la medicación es apropiada, lo más efectiva posible, lo más segura posible y su uso está indicado.

Compartiendo la filosofía que anima esta práctica y disponiendo de un programa de seguimiento farmacoterapéutico, el programa Dáder, que proporciona el método para la atención al paciente, se planteó la necesidad de gestionar el servicio en una farmacia comunitaria.

Un sistema de gestión incluye todo el soporte que se requiere para proveer el servicio a los pacientes de manera efectiva y eficiente. Esto conlleva: una clara descripción del servicio que se ofrece, todos los recursos requeridos para prestarlo (incluyendo recursos físicos, financieros y humanos), los medios que permitirán evaluar el servicio y los medios para recompensar al profesional y financiar la longevidad de la práctica.

El contexto al que me voy a referir es el de una farmacia comunitaria, la farmacia Cobián de A Coruña, en la que empezamos a trabajar en un programa de seguimiento farmacoterapéutico en el año 2000 y por lo tanto partimos de una experiencia que nos permite conocer perfectamente el servicio que se ofrece. Por otra parte, ya habíamos estudiado a qué pacientes debería ofertarse el servicio.

Nos planteamos a continuación la necesidad de un programa de formación en seguimiento farmacoterapéutico para las farmacéuticas adjuntas y del conocimiento de los recursos empleados en el mismo. El programa, que fue impartido por la farmacéutica titular, se planteó con los siguientes objetivos específicos: enseñar la metodología de trabajo para la detección de posibles problemas relacionados con los medicamentos (PRM) así como los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las entrevistas farmacoterapéuticas a los pacientes, evaluar la gravedad de los PRM detectados y diseñar estrategias para prevenir y resolver los PRM. Así mismo se planteó un estudio que tenía como objetivo conocer los recursos y resultados de ese programa de formación.

Para ello, a partir del método Dáder se diseñó un programa de formación de tres meses que fue impartido en la farmacia. Se seleccionaron dieciséis pacientes con más de dos factores de riesgo de presentar PRM y se registraron los recursos utilizados al realizar el seguimiento farmacoterapéutico mediante una ficha diseñada al efecto.

Fue el tiempo de los profesionales el recurso más importante y el que determinó la posibilidad de un programa de formación de estas características, además consideramos los registros informáticos de consumo de medicamentos, la bibliografía disponible en la farmacia, las consultas al centro de información de medicamentos y la comunicación con los médicos. Los demás recursos fueron los utilizados en el normal funcionamiento de la farmacia y el programa de seguimiento farmacoterapéutico no supuso un consumo apreciable de los mismos.

En cuanto a resultados del programa de formación, se realizaron 20 entrevistas iniciales para conocer la historia del paciente, 40 estados de situación que relacionaron el tratamiento del paciente con sus problemas de salud, se registraron un total de 67 visitas durante esos tres meses en las que se puso en práctica el plan de cuidados previsto para cada paciente y se realizaron 32 intervenciones farmacéuticas para prevenir o resolver los PRM detectados.

En el análisis de los datos obtenidos nos encontramos que no estaban registrados otra serie de factores imprescindibles para poner en marcha un programa de estas características: el entusiasmo, el convencimiento de la necesidad social y profesional de un mecanismo de detección y control de problemas relacionados con los medicamentos, la capacidad de compartir con el equipo de la farmacia estos análisis, la retroalimentación que se produce entre los farmacéuticos implicados en el programa y dosis importantes de paciencia y voluntad que seguramente la psicología puede estudiar en profundidad.

El reconocimiento del trabajo realizado se materializó en forma de créditos de formación obtenidos por los farmacéuticos adjuntos, puesto que el programa de formación consiguió una validación externa al ser acreditado por el Sistema Acreditador de la Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Galicia. Para el farmacéutico titular el trabajo proporcionó los datos para la realización de una tesis doctoral. ■

MESA REDONDA IV

El seguimiento farmacoterapéutico como elemento de mejora de la calidad del proceso asistencial de fractura de cadera en ancianos

M.I. Baena Parejo

INTRODUCCIÓN

En el ámbito sanitario, la gestión de la calidad total busca:

- La satisfacción del usuario.
- La implicación activa de los profesionales.
- La articulación de las estrategias necesarias para la mejora continuada de las actividades clínicas que se realizan.

La gestión por procesos asistenciales en Andalucía se constituye en la herramienta destinada a la consecución de la calidad total. Esta gestión se sustenta en los siguientes principios básicos:

- Abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, teniendo en cuenta sus necesidades, sus expectativas y su grado de satisfacción.
- Implicación de los profesionales que prestan la asistencia en la gestión del proceso, poniendo especial énfasis en el soporte del trabajo en equipo, aunando personas de diferentes disciplinas, que además desarrollan su actividad en diferentes espacios.
- Una práctica clínica adecuada, que permita la incorporación de la evidencia y permita las innovaciones necesarias para la mejora continuada del proceso.
- Un sistema de información integrado que permita evaluar las intervenciones para la mejora continuada.
- Y, por último, algo básico que se relaciona con la efectividad y la eficiencia de las actuaciones en salud: la continuidad de la asistencia, que permitirá dar un servicio único y coordinado.

La fractura de cadera es uno de los procesos que se ha desarrollado y puesto en marcha en los hospitales andaluces y, con independencia de otras actividades descritas para su consecución, requiere de la farmacoterapia para el logro de la efectividad y eficiencia del mismo, no sólo durante la hospitalización, sino también en su relación con atención primaria. La población susceptible de inclusión en este proceso, la población anciana, es el grupo de edad que utiliza los medicamentos con mayor frecuencia.

La gestión por procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento más actualizado e intentar así disminuir la variabilidad en las actuaciones.

Sería coherente con esta forma de trabajar y deseable para incrementar la calidad asistencial, incluir en las actividades a revisar el papel que juegan los medicamentos y las estrategias farmacológicas en la efectividad y eficiencia del proceso asistencial.

Los medicamentos no siempre consiguen los objetivos para los que se prescribieron, a veces la farmacoterapia falla, bien porque no consigue la efectividad en el paciente concreto o bien porque pueden aparecer problemas de salud nuevos, consecuencia de una reacción adversa, dando lugar a problemas de salud relacionados con los medicamentos (PRM).

Cuando aparece un PRM se afecta de manera sustancial la calidad de vida del paciente. Cuando el paciente está ingresado en un hospital, estos aspectos cobran especial relevancia, no solo porque afectan a la salud del pacien-

te, sino porque afecta igualmente al proceso asistencial en su efectividad y eficiencia, o sea en su calidad.

El seguimiento farmacoterapéutico (SFT) se define como la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de PRM. Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema sanitario, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

El SFT responde a los principios básicos de los procesos asistenciales en lo que se refiere a trabajo en equipo, con la mayor evidencia científica, centrada en el paciente y pretende dar continuidad a la asistencia en un aspecto relevante como es el uso de los medicamentos con el fin de obtener el máximo beneficio de éstos.

Son numerosos los estudios que refieren una alta prevalencia de efectos adversos al uso de medicamentos en hospitalización. Muchos autores apuntan que el SFT y la IF son el procedimiento eficaz para resolverlos y evitarlos. Podemos encontrar diferencias en cuanto a la metodología utilizada, básicamente la diferencia la podemos centrar en obtener información del paciente o de la historia clínica. Los estudios apuntan a una prevalencia considerable, cuando se trata de identificar PRM (81,91%), algo menor si son RAM (2,16%), una menor estancia media presentan aquellos pacientes que durante la hospitalización no presentan ningún PRM frente a los que si sufrieron un PRM. Se recoge una valoración positiva del trabajo del farmacéutico a través de la IF por parte del equipo sanitario, con unos porcentajes de aceptación superiores al 90% y con una resolución de PRM sobre los intervenidos muy alta.

OBJETIVOS

Con estos antecedentes, nos planteamos el proyecto de investigación, del que presentamos hoy algunos de los resultados. Se pretendía demostrar que el seguimiento farmacoterapéutico del anciano en el proceso asistencial de fractura de cadera y la IF mejorará la calidad del mismo.

Este proyecto se realiza sobre la base de los siguientes objetivos específicos:

- Describir los PRM en los pacientes que ingresan en el proceso de fractura de cadera en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada en dos periodos de estudio.
- Comparar la estancia media (total, pre y postoperatoria), mortalidad y otros resultados clínicos en los pacientes que ingresan en el proceso de fractura de cadera en dos periodos, uno de ellos con la implantación del SFT en el proceso.
- Describir la satisfacción en los pacientes con el SFT.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio son todos los pacientes incluidos en el proceso de fractura de cadera en ancianos en el Hospital Universitario San Cecilio durante 6 meses.

Criterios de inclusión

Todos los pacientes incluidos en el proceso de cadera que sean autónomos respecto a la administración de medicamentos. Cuando esto no sea así, se incluirá en el estudio al cuidador responsable del paciente.

Criterios de exclusión

Aquellos pacientes que no puedan responder a la entrevista, por dificultad psíquica o física, y no tengan cuidador.

Diseño

Se trata de un estudio cuasiexperimental posttest con grupo control:

- *Grupo experimental:* pacientes incluidos en el proceso de fractura de cadera del Hospital Universitario San Cecilio en el periodo de estudio.

- **Grupo control:** pacientes incluidos en el proceso de fractura de cadera del hospital en el mismo periodo del año anterior. del año

La intervención es la realización del SFT personalizado; se realiza mediante la detección, prevención y resolución de los PRM de forma sistemática, continuada y documentada, realizada por un farmacéutico en colaboración con el paciente y el resto del equipo sanitario que atiende al paciente mediante la aplicación del Método Dáder adaptado al propio proceso asistencial.

Un PRM es un problema de salud, entendido como resultado clínico negativo, asociado a la farmacoterapéutica (II Consenso de Atención farmacéutica de Granada).

Se medirán el número de intervenciones de SFT así como los problemas de salud resueltos por la implementación del SFT; estancia total; estancia preoperatoria; estancia postoperatoria; reingresos; reclamaciones; mortalidad.

Se controlarán variables modificadoras del efecto, como: la edad, el sexo, la comorbilidad, la dependencia considerada respecto a la administración de medicamentos, el número de medicamentos o la zona básica del paciente con atención domiciliaria y la existencia o no de equipo móvil de rehabilitación.

Como *fuentes de información* se han utilizado la entrevista con el paciente y con el equipo sanitario que lo atiende y la historia clínica.

RESULTADOS

Los resultados de los objetivos en el grupo experimental son los siguientes:

- En 6 meses ingresaron en el proceso de cadera 127 ancianos de los cuales 15 se han excluido por falta de información suficiente para evaluar el caso o por criterios de exclusión.
- La edad media es de 81 años con un mínimo de 65 y un máximo de 97 años, respecto al genero decir que la mayoría han sido mujeres, casi el 85%. El 16% vivían en instituciones para la tercera edad y el 62% eran autónomos en la toma de medicamentos.
- Al ingreso tomaban una media de casi 6 medicamentos, con un máximo de 15 y es importante no sólo la polimedicación, sino también la pluripatología. La media de comorbilidad en los pacientes ha sido de 3,4. Las patologías más frecuentes son alteraciones cardiovasculares: el 51% de los pacientes presentaban estas alteraciones, el 60% de ellos HTA, y con menos frecuencia, la diabetes (el 25%) y las alteraciones osteoarticulares (el 32% de los pacientes).
- La prevalencia de PRM es de 75%.
- La media es de 1,8 PRM por paciente.w
- PRM detectados 202.

	Reales: 145	A riesgo: 57
Necesidad	74	34
1	69	34
2	5	0
Efectividad	50	3
3	27	2
4	23	1
Seguridad	21	20
5	1	1
6	20	19

De los PRM manifestados, la media es de 1,3 PRM/paciente. Respecto a la evaluación e intervención, se realizaron de la siguiente forma:

Intervención farmacéutica	%
Médico	55,0
Enfermería-médico	9,6
Enfermería	33,4
Paciente	0,5
Cuidador	1,5

Se intervino en el 87,1% de los casos; las causas de no intervención tuvieron que ver con tratamientos que el paciente ya usaba en casa y el facultativo prefirió no modificar y esperar al alta, o bien esperar a la intervención quirúrgica. Se intervinieron 176 de los 202 PRM detectados.

		PRM reales: 145	Riesgos de PRM: 57
Intervenidos	Sí	125	51
	No	20	6
Resueltos	Sí	113	52
Resueltos de los intervenidos		90,4%	100%

Se resolvieron 5 PRM sin intervenir; 15 PRM se intervinieron y no se resolvió el problema de salud.

Los problemas de salud que se asociaron a los diferentes PRM eran básicamente debidos al tratamiento farmacológico de la comorbilidad de los pacientes (HTA, glucemia, estreñimiento o insomnio).

Respecto a los riesgos, cabe destacar que se intervino en HTA y alteraciones cardiovasculares no tratadas en el servicio.

Respecto a la estancia preoperatoria, se observó una diferencia de 4,22 días en cuanto a la anticoagulación previa del paciente y en la postoperatoria en función de si el paciente espera ingreso en el hospital de San Juan de Dios, un hospital para rehabilitar y que suele tener espera, diferencia de 8,79 días.

Se observan diferencias de 2,13 días en relación con la presencia de PRM, siendo mayor la del paciente que presenta PRM durante el ingreso hospitalario. No han existido reclamaciones. La mortalidad ha sido de 8.

Por último, el número de medicamentos al alta fue de 8,1 de media por paciente (mín. 2 y máx. 16).

Como principal observación cabe señalar que no se han observado problemas graves con el manejo de la farmacoterapia utilizada en el proceso: analgesia, antibioticoterapia o anticoagulación.

CONCLUSIONES

- La prevalencia de PRM es elevada (75%) en el proceso asistencial de fractura de cadera en ancianos en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada.
- Los PRM se deben básicamente a la farmacoterapia por la comorbilidad del paciente previo al ingreso.
- Se han observado pocos PRM debido a los medicamentos utilizados en el servicio: tratamiento del dolor, profilaxis antibiótica y anticoagulación.
- En servicios quirúrgicos el seguimiento de la farmacoterapia del paciente y la IF evita y resuelve problemas de salud. ■

Consenso de un protocolo de actuación con el equipo de salud de atención primaria

A. Rodríguez Sampedro

Grupo Biofarma de la Universidad de Santiago.

Grupo de Atención Farmacéutica «Boiro»

Cada vez hay nuevas iniciativas para ayudar a los pacientes a mejorar su estado de salud y contribuir al uso racional de los medicamentos, desde la farmacia comunitaria. Todos sabemos que una buena herramienta de trabajo para conseguirlo es la Atención Farmacéutica.

Dentro de este contexto, son muchas las funciones propias que nos competen, pero en este caso nos centraremos en una de ellas: la actuación coordinada con los demás agentes del equipo de salud, con el objetivo de poder conseguir la integración del farmacéutico comunitario en el equipo sanitario interdisciplinario, con el fin de mejorar el uso de los medicamentos.

El objetivo de esta ponencia es explicar los pasos seguidos para consensar un protocolo de actuación entre la farmacéutica comunitaria y los médicos y la farmacéutica de atención primaria del Centro de Salud de Riveira. Debido a que este consenso forma parte de la estructura de la Tesis Doctoral que experimentalmente se llevó a cabo en la Farmacia Ruiz Pedrayes del citado lugar, como introducción haré una breve exposición de las fases del diseño del estudio.

FASES DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

- En primer lugar, se planteó realizar una revisión bibliográfica de diferentes temas farmacológicos (aparato respiratorio, aparato cardiovascular, aparato digestivo, SNC y farmacovigilancia) susceptible de tratar desde la farmacia comunitaria.
- Estudio retrospectivo de identificación de ámbitos farmacológicos susceptibles de estandarización en atención farmacéutica dentro de la farmacia comunitaria.
- Una vez realizada dicha revisión se eligió un tema con su correspondiente protocolo de actuación. El tema elegido fue sobre el sistema respiratorio, en concreto lo referente a «Gripe y resfriado», tema muy común en automedicación y por tanto cómodo y usual para el farmacéutico. El protocolo utilizado fue el protocolo para trastornos menores del proyecto TE-SEMED (código HC1114): Gripe y resfriado, proyecto europeo desarrollado en el Departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Santiago de Compostela.
- Dicho protocolo fue revisado y consensado con los médicos y la farmacéutica de atención primaria del Centro de Salud.
- Se realizó una observación de los posibles usuarios de farmacia susceptibles de participar en el estudio.
- Desarrollo de la intervención. Puesta en práctica del protocolo anterior y de las escalas objetivas de la evaluación de la población.
- Evaluación y análisis de la investigación.

Pasos seguidos para el consenso del protocolo

- Se diseñó un documento borrador con una pequeña introducción sobre el estudio a realizar, destacando la importancia de coordinarse con el equipo de atención primaria para la realización del mismo.
- Se mantuvo una conversación telefónica con la Coordinadora del Centro de Salud, mediante la cual se concertó una entrevista.
- Se celebró una reunión con ella en la cual se presentó el borrador realizado.
- La coordinadora lo discutió con el resto del equipo.
- Se celebró una reunión de la farmacéutica comunitaria con todo el equipo, médicos de día y de urgencias y la farmacéutica de atención primaria. En dicha reunión se presentó el protocolo y una pequeña guía del trabajo.

- El equipo pidió una semana para revisar individualmente el protocolo.
- Al término de la semana tuvo lugar otra reunión, durante la cual expusieron su opinión sobre el trabajo y manifestaron los cambios a realizar en el protocolo que consideraron convenientes, quedando el protocolo consensado por mayoría, todo ello quedó reflejado en un documento firmado por todos.

Al final del estudio experimental se pasó al equipo de salud de atención primaria, un cuestionario de opinión referente al desarrollo del mismo.

Como conclusión, el hecho de haber consensado el protocolo, garantizó la implicación de todo el equipo de salud y facilitó la estandarización para la remisión de los pacientes por parte de la farmacéutica comunitaria, a los médicos de atención primaria.

La experiencia fue valorada como muy positiva por todos los sanitarios encuestados. Dichos sanitarios detectaron un elemento de perfeccionamiento en el proceso, que sería el disponer de un protocolo escrito, consensado, de remisión al médico, en el que se incorporase la causa de remisión por parte de la farmacéutica comunitaria.

Agradecimientos: Al equipo de facultativos de atención primaria del Centro de Salud de Riveira y al Grupo Biofarma de la Universidad de Santiago. ■

La indicación farmacéutica: programa Ind-Dáder

A. Ocaña Arenas

La coordinación y el trabajo conjunto de los distintos profesionales sanitarios mejoran la atención al paciente. En el ámbito de la indicación farmacéutica, el farmacéutico es, en muchos casos, el primer y único contacto del paciente con el sistema sanitario. Por ello, si médicos y farmacéuticos trabajasen de manera consensada en el manejo de los síntomas menores, podrían beneficiarse tanto el paciente, que recibiría un servicio más homogéneo y de mayor calidad, como el sistema sanitario, que obtendría un filtro de las consultas de atención primaria.

Según el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica, auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el servicio de indicación farmacéutica es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto (el clásico «¿Qué me da para...?»). En este documento se detallaban los elementos indispensables para una adecuada indicación farmacéutica. Entre ellos, se hacía especial hincapié en el uso de procedimientos normalizados de trabajo para la entrevista, toma de decisiones e información al paciente. Se recomendaba la disponibilidad de guías clínicas y farmacoterapéuticas adaptadas a la indicación farmacéutica así como el registro y documentación de las actividades. Por último, se instaba a potenciar la comunicación con otros profesionales sanitarios.

En base a todas estas consideraciones, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR), junto con la fundación Abbott, se plantean la adaptación del proceso de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria española a las recomendaciones dadas. Nace así el Programa Ind-Dáder.

El objetivo de este proyecto de investigación es describir las consultas farmacéuticas realizadas por los usuarios de farmacias comunitarias en España, así como las intervenciones farmacéuticas realizadas.

El primer paso de dicho proyecto ha sido la elaboración de una Guía de Indicación Farmacéutica, la Guía Ind-Dáder. En ella, Baena, Machuca y Faus presentan un proceso común para toda consulta de indicación farmacéutica.

El farmacéutico tras una breve entrevista con el paciente deberá recoger información sobre el motivo por el que consulta el paciente. Los aspectos clave serán la duración del síntoma, otros síntomas que indiquen la no bana-

lidad y otras enfermedades o medicación del paciente que recomienden la valoración del médico. Con esta información el farmacéutico intervendrá indicando un medicamento disponible para su dispensación sin receta médica y/o medidas higiénico dietéticas, o bien derivando al paciente a otro profesional sanitario u otros servicios farmacéuticos.

Tras la intervención del farmacéutico se evalúa el servicio comprobando si el problema que originó la consulta del paciente se resolvió. Los autores además proponen modelos de registro del servicio, así como un documento de derivación.

Un aspecto importante de este proyecto es proporcionar a los farmacéuticos criterios claros de derivación al médico. Para ello se han establecido grupos de trabajo con la Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria (Semfyc) y farmacéuticos del GIAF-UGR, que trabajaran en el abordaje de los síntomas menores más frecuentes. Los aspectos clave a desarrollar, son que síntomas o signos asociados al síntoma específico por el que consulta el paciente señalan la necesidad de evaluación médica, y que características del paciente (fisiológicas, patológicas o de tratamiento) aconsejan la derivación al médico para cada síntoma menor.

Del trabajo consensuado de médicos y farmacéuticos se espera obtener junto a los criterios de derivación, la mejor opción de tratamiento según la evidencia científica que quedará recogida en una Guía de Síntomas Menores.

Con estas dos herramientas se formarán aproximadamente a 600 farmacéuticos de 20 provincias españolas. Estos registrarán sus intervenciones en el servicio de indicación farmacéutica, y se evaluará el resultado de estas por contacto posterior con el paciente.

Otro punto importante que el Programa Ind-Dáder pretende reforzar es la comunicación con otros profesionales sanitarios. Para ello, la derivación de la farmacia a otro nivel asistencial siempre será por escrito e indicando los motivos de derivación.

Del análisis de los resultados obtenidos se espera poder establecer una mejora continua del servicio de indicación farmacéutica, y un punto de partida para el trabajo coordinado de los distintos profesionales implicados en la atención al paciente en materia de síntomas menores. ■

Seguimiento farmacoterapéutico en el ámbito de la atención primaria

D. Sabater Hernández

El avance de la Sanidad durante este siglo hace indispensable la colaboración multidisciplinaria entre los distintos profesionales de la salud para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa a los pacientes.

El farmacéutico, experto del medicamento, entra a formar parte de este equipo multidisciplinar responsabilizándose de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de resultados clínicos negativos derivados del uso de la farmacoterapia. En este sentido, el seguimiento farmacoterapéutico es la herramienta que permite al farmacéutico cumplir con este cometido.

No obstante, el SFT no es una práctica asistencial «nueva» en el ámbito profesional farmacéutico. Son numerosos los estudios y trabajos publicados que, desde hace años, ponen de manifiesto la puesta en marcha, así como la efectividad, de esta actividad. Por otra parte, el número creciente de estas publicaciones en los últimos años, también hace pensar que se trata de una actividad que tiende a expandirse cada vez más. Esta expansión no sólo se ha puesto de manifiesto en el ámbito de la farmacia comunitaria (donde comenzó a desarrollarse), sino que también ha irrumpido en otros ámbitos (hospitalario, atención primaria o residencias de ancianos), en donde, en la actualidad, se encuentran un número significativo de servicios de SFT en desarrollo.

Aunque, en general, el SFT se desarrolle de forma similar en cualquiera de estos ámbitos (siempre que se siga un mismo método de trabajo), las circunstancias particulares que caracterizan o envuelven a cada uno de ellos, hacen que surjan ciertas diferencias en determinadas fases del proceso.

Uno de los aspectos más relevantes que va a diferenciar el SFT en el ámbito de la atención primaria con respecto al resto (salvo el ámbito hospitalario) es la relación directa que existe entre el farmacéutico que realiza el SFT y el médico que «maneja» al paciente.

Este «acercamiento profesional» favorece la comunicación y el trabajo en equipo, y enriquece la práctica profesional de ambos, consecuencia de las sesiones clínicas que tienen lugar. Finalmente, el principal beneficiario es el paciente, que además lo percibe y lo valora de forma positiva. Otro aspecto no menos importante lo constituye la accesibilidad a las historias clínicas y los datos clínicos de los pacientes. ■

CONFERENCIA DE CLAUSURA

Facilitadores para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria

M.Á. Gastelurrutia Garralda

Es un hecho aceptado por todas las organizaciones e instituciones del mundo de la farmacia que esta profesión se encuentra en pleno proceso de cambio; cambio fundamental ya que se trata de pasar de una profesión centrada en el medicamento (su conocimiento, mecanismo de acción, fórmula química, actividad, etc.) a una profesión cuyo objetivo es el paciente, más concretamente aquellos pacientes que utilizan medicamentos. Y es que el medicamento y su conocimiento son útiles en tanto en cuanto pueden ayudar a un paciente a obtener unos resultados que le mejoren su calidad de vida.

Todo esto, dicho con otras palabras, supone pasar de realizar una actividad basada casi exclusivamente en aspectos de logística e información, a la asunción de nuevas responsabilidades en relación con los resultados de la farmacoterapia. Para ello, se hace necesario asumir la filosofía de la atención farmacéutica, desarrollar nuevos servicios cognitivos e implantarlos.

Es bien conocido que existen barreras que dificultan la implantación de estos nuevos servicios, que contribuyen a que todavía no se pueda considerar la atención farmacéutica, o mejor, los servicios de atención farmacéutica, como servicios implantados y reconocidos socialmente.

Siendo importante el estudio de las barreras que dificultan la implantación, diseminación y sostenibilidad de dichos servicios, parece más importante abordar el problema en positivo y analizar cuáles son los facilitadores que en unos casos pueden ayudar a solventar dichas barreras y en otros tienen una acción directa y positiva sobre la implantación de dichos servicios.

En esta conferencia se presentarán los facilitadores identificados en un estudio cualitativo realizado con farmacéuticos comunitarios y líderes profesionales, en el que se utilizaron dos técnicas diferentes: la entrevista semiestructurada y la organización de dos grupos focales.

Además, se presentarán los resultados de Foro de atención farmacéutica entendidos como una contribución a la solución de algunas de las barreras existentes para la implantación de servicios cognitivos en España, como la ausencia de mensajes claros e inequívocos, el desconocimiento de los médicos sobre aspectos relacionados con la atención farmacéutica o la falta de demanda de los servicios por los pacientes. ■

Comunicaciones orales

COMUNICACIONES ORALES I

Moderador: Vicente Baixauli

Medipack® en el cumplimiento de pacientes con hipertensión y dislipemias

Llaves E, Segura MM, Baena I, García-Jiménez E, Ocaña A, Fajardo PC

OBJETIVOS: 1. Comprobar que el uso de Medipack® mejora el cumplimiento farmacoterapéutico en pacientes mayores de 60 años polimedicados, con hipertensión y/o dislipemias; 2. Comparar los resultados de cumplimiento antes y después de utilizar el sistema personalizado de dosificación de medicamentos (SPD) Medipack®. **MÉTODO:** Estudio cuasiexperimental, pretest-postest con grupo control. La población de estudio fueron pacientes mayores de 60 años polimedicados (número de medicamentos mayor o igual a 5), con hipertensión y/o dislipemias y que acudieron a las farmacias de Andalucía Oriental adscritas al Centro de Atención Farmacéutica: CAF STADA y el GIAF-UGR durante el periodo mayo-junio 2005. A las farmacias participantes, se las dividió aleatoriamente en grupo control e intervención. Cada farmacia seleccionó un máximo de 5 pacientes de forma aleatoria. Las farmacias control midieron el cumplimiento mediante el cuestionario Morisky-Green en la primera, cuarta y octava semana. Las farmacias intervención, además de lo indicado para las farmacias control, prepararon semanalmente a sus pacientes el SPD Medipack® durante 8 semanas. **RESULTADOS:** Participaron y concluyeron el estudio 26 farmacias y 97 pacientes. De ellos, participaron 13 farmacias control, en las cuales se repartieron 61 pacientes y 13 farmacias intervención con un total de 36 pacientes. Los pacientes que conformaron el grupo control, mejoraron el cumplimiento farmacoterapéutico en un 8%, pasando de un 36% de cumplidores a un 44% a las 8 semanas (se consideró como cumplidor, al paciente que respondía adecuadamente a las 4 preguntas de dicho cuestionario). También aumentó el porcentaje de cumplidores en el grupo de intervención en un 25% con la utilización de este SPD, pasando de un 33% de cumplidores a un 58% a las 8 semanas (se consideró como cumplidor, al paciente que entregaba semanalmente el Medipack® sin ningún comprimido). **CONCLUSIONES:** Existe un elevado porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento farmacoterapéutico (65%). Sería necesario desde la oficina de farmacia, realizar actividades encaminadas a aumentarlo, como educar a los pacientes sobre la necesidad de tomar sus medicamentos para el buen control de su enfermedad (incumplimiento voluntario) u ofrecer la preparación de la medicación en un SPD (incumplimiento involuntario). La aplicación del SPD en la oficina de farmacia, mejora el cumplimiento farmacoterapéutico de los pacientes en un 25%. Los pacientes no suelen mostrarse receptivos a cambios en los hábitos concernientes a la toma de los medicamentos (SPD), principalmente por tener que dejarlos en la farmacia y por desconfianza debida a que éstos están desprovistos de su envase secundario. ■

Proyecto Triana 2: Seguimiento del paciente diabético tipo 2 en la oficina de farmacia con la finalidad de una mejora de su salud y calidad de vida. Fase I: reclutamiento de pacientes

Román J, García E, Vaquero JP, Galán MD, Díaz MT, Ferrer I

OBJETIVOS: El objetivo principal de este Proyecto es evaluar los resultados de la intervención farmacéutica (programas de Seguimiento Farmacoterapéu-

tico o medidas de Educación Sanitaria) frente a la atención habitual del farmacéutico en la oficina de farmacia en pacientes diabéticos tipo 2 sobre el control de su enfermedad, medido de una manera objetiva mediante los niveles de hemoglobina glicosilada. En esta primera fase ha tenido lugar el reclutamiento de pacientes participantes en el estudio, con lo que el objetivo de esta comunicación es tener una visión global y cuantitativa del punto de partida del proyecto. **MÉTODO:** Ensayo clínico aleatorizado con informe favorable del Comité Ético de Investigaciones Clínicas del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, y en colaboración con laboratorios Bristol Myers y Abbott. Tras la formación recibida por los farmacéuticos inscritos (marzo-octubre 2004), cada uno de ellos optó por un grupo de trabajo (Seguimiento Farmacoterapéutico y Educación Sanitaria). Desde el 1 de octubre de 2005 al 31 de marzo de 2006 se ha realizado la captación aleatorizada de pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos, con tratamiento farmacológico desde hace más de 3 meses y firmando un consentimiento informado específico del estudio, en las farmacias participantes. Una vez que el paciente ha firmado el consentimiento informado, el investigador remite por fax o e-mail la hoja de la visita basal llevada a cabo con los datos de sexo, edad y peso a la monitora del estudio (Área de Atención Farmacéutica del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla). A través del programa informático Microsoft Access® se incluye al paciente en cuestión en grupo intervención o control. **RESULTADOS:** Son 54 farmacéuticos participantes en el Proyecto (38 en el grupo de Seguimiento Farmacoterapéutico y 16 en el de Educación para la Salud). La distribución de los mismos es: 1. 31 farmacéuticos adjuntos; 2. 23 farmacéuticos titulares; 3. En cuanto a distribución geográfica: a) 28 en Sevilla capital; b) 26 en la provincia. El total de pacientes reclutados es de 188, repartidos de la siguiente forma: 116 en Seguimiento Farmacoterapéutico (60 intervención y 56 control); 72 en Educación para la Salud (34 en intervención y 38 en control). Se han realizado 47 visitas de monitorización a los farmacéuticos participantes y se han editado tres boletines informativos. En el periodo octubre 2005-junio 2006 se han realizado 6 sesiones clínicas con casos reales. ■

Potencial de prescripción de genéricos

López Grandal MA, Esarte López L, Moa Martínez MJ, Amo Dobarro P, Hidalgo Sotelo T

INTRODUCCIÓN: Se pretende evaluar el potencial de prescripción de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG) analizando las recetas entregadas a los pacientes de un centro de salud donde recientemente se implantó un módulo de prescripción electrónica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan 2.000 recetas oficiales del Servicio Galego de Saude, SERGAS (1.000 recetas de activos y 1.000 recetas de pensionistas) prescritas a 1.234 mujeres y 766 hombres y procedentes de un centro de salud situado en una zona periurbana del área sanitaria de Ferrolterra, donde hace 3 meses se ha implantado, de forma piloto, el módulo de prescripción electrónica del sistema IANUS. De las 2.000 recetas evaluadas 473 (23,6%) estaban cumplimentadas informáticamente, siendo 212 recetas de activos y 261 recetas de pensionistas (21% y 26% de las recetas correspondientes). **RESULTADOS:** El 10,9% de las prescripciones correspondían a EFG, el 26,6% de las cuales fueron cumplimentadas informáticamente. El 43,5% de las EFG prescritas de forma manual lo fueron por DCI. Este porcentaje cae al 20,7% en las prescripciones informáticas. En el 23,6% de los casos en los que el prescriptor optó por recetar un medicamento con denominación comercial existía una EFG con la misma composición. De las 1.782 prescripciones realizadas por marca comercial, en 421 casos existía una Especialidad Farmacéutica Genérica con la misma composición. No se observan diferencias significativas entre las prescripciones efectuadas a pacientes activos y pensionistas. **CONCLUSIONES:** Considerando las EFG prescritas y las prescripciones realizadas utilizando un nombre de fantasía, pese a existir una EFG con la misma composición, podría

haberse recurrido en un 32% de los casos a una Especialidad Farmacéutica Genérica manteniendo inalterable la elección de la molécula prescrita. ■

Dispensación en el inicio de tratamiento a mayores de 65 años en una farmacia rural

Villasuso Cores B, Filgueira Camaniel C

INTRODUCCIÓN: La población mayor de 65 años de los países desarrollados se ha ido incrementando durante las últimas décadas. La migración hacia las zonas urbanas y costeras ha hecho que este envejecimiento se haga dramáticamente patente en el medio rural, de modo que en el *concello* de Monfero llega a suponer un 32,16% del total de habitantes. Las características socioculturales de este grupo poblacional hacen que la labor de los agentes sanitarios cobre una especial importancia y deba adaptarse a sus necesidades particulares. **OBJETIVOS:** Valorar el grado de conocimiento que tienen los pacientes ancianos que acuden a la farmacia con medicamentos éticos de nueva prescripción, tanto de tratamientos crónicos como agudos o subagudos, en relación a indicación (¿para qué?), dosis (¿cuánto?), pauta (¿cuándo?), correcta administración (¿sabe cómo tomarlo?), duración (¿hasta cuándo?) y la información recibida, oral o escrita, por parte del médico. **MATERIAL:** 1. Cuestionario para el paciente aplicable en mostrador; 2. Los datos demográficos y la información sobre el tratamiento presente en las recetas, se completaban revisando las mismas; 3. El farmacéutico daba información oral y escrita adicional de todos los tratamientos; 4. Se completó la información al paciente añadiendo el material gráfico distribuido a las farmacias de A Coruña desde el COFC sobre modo de empleo de especialidades farmacéuticas complejas (EFC). **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo transversal realizado durante 1 mes (junio 2006) en una farmacia rural a los pacientes >65 años o a sus cuidadores responsables de la medicación que acudían con un tratamiento ético de inicio. **RESULTADOS:** El número de pacientes entrevistado fue de 63: 35 hombres y 28 mujeres, edad media 75,83 años. Tratamientos prescritos 78 (1,23 médico/paciente). Tratamientos agudos o subagudos: 64% del total. Las EFC (inhaladores, inyectores de insulina, etc.) y aquellas con dificultad de uso (suspensiones extemporáneas, gotas, etc.) supusieron un 38% del total. En relación con el PROCESO DE USO del medicamento, el porcentaje de pacientes que afirmaron conocer: indicación (91%), dosis (68%), pauta (74%), duración del tratamiento (51%), técnicas de administración y recomendaciones asociadas (36%). Manejo y administración de EFC: sólo el 6% afirmaron conocerlo. La información ESCRITA contenida en las recetas fue: dosis (70%), pauta (78%), duración de tratamiento (19%). a) 18 pacientes (26,47%) afirmaron no entender o ser incapaces de leer las indicaciones al paciente; b) 3 pacientes (4,41%) no entendían la abreviatura «ml»; c) 2 pacientes (2,94%) no entendían los signos de fracción (½). **CONCLUSIONES:** 1. Los pacientes ancianos necesitan una explicación clara y detallada del tratamiento prescrito, tanto oral como escrita. No debemos esperar demanda de información, pues tienden a no preguntar y a asentir; 2. Las principales carencias se refieren a falta de información en relación a la duración del tratamiento y al modo de administración; 3. En el caso de las EFC, el grado de conocimiento sobre su manejo es muy bajo y la información previa a la dispensación es escasa o inexistente; 4. La dispensación es un excelente soporte para realizar atención farmacéutica clínica. El farmacéutico en el momento de la dispensación tiene una oportunidad excepcional para poder intervenir mejorando el proceso de uso y, con ello, la efectividad de la farmacoterapia. ■

Proyecto Infarcom de indicación farmacéutica en farmacia comunitaria

Ferrer López I, Machuca González M, Baena Parejo I.

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica CTS-131

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los trabajos presentados hasta ahora, están centrados en patologías concretas, requiriendo de un número amplio de

protocolos de actuación, según cada problema de salud o trastorno menor. Se propone un protocolo integral, sin estar basado en ninguna patología concreta para diferenciar lo que es un síntoma menor de lo que no lo es. **OBJETIVO:** Medir la efectividad de un protocolo de indicación farmacéutica. **MÉTODO:** Estudio cuasiexperimental pre-post descriptivo con cuestionario en dos partes (autoadministrado para el farmacéutico y encuesta telefónica al paciente por entrevistador externo). **Ámbito:** cinco farmacias comunitarias por muestreo aleatorio simple, estratificado. **Sujetos de estudio:** pacientes que acuden solicitando una indicación. **Análisis de los datos para medir la aplicabilidad del protocolo para discernir entre un síntoma menor o no:** 1. Autopercepción del estado de salud (muy mal, mal, regular, bien, muy bien, NC); 2. Mejoría de los síntomas que motivaron la consulta: 0-10; 3. Seguimiento indicaciones: 0-10; 4. Identificación del problema de salud menor: S/N; 5. Respuesta médica valorada como (consulta médica evitada, no evitada por problema de salud no menor, complicación o búsqueda de asesoramiento médico). **RESULTADOS:** Con una muestra inicial de n= 110 casos se produjo una pérdida de 5. Una vez analizados los 105 casos finales se obtuvo un 95 % de éxito en la diferenciación de entre lo que es un síntoma menor o no por parte del farmacéutico, corroborado por la recuperación del paciente. Tan solo un fármaco de los indicados fue de prescripción médica. Dos casos fueron derivados al médico, requiriendo tras el diagnóstico de la prescripción de un fármaco diferente a una EFP. En tres casos el paciente, sin que el farmacéutico le derivara, acudió al médico tras la indicación farmacéutica, siendo confirmada la correcta indicación del farmacéutico por parte del médico. **CONCLUSIÓN:** En la mayoría de las consultas atendidas la aplicabilidad de este protocolo ha sido viable, ayudando al farmacéutico a diferenciar problemas de salud mayores de los que no lo son. Se han evitado consultas innecesarias al médico y la atenuación de los síntomas en los pacientes. **Agradecimientos:** El proyecto ha sido posible gracias al apoyo de una beca de investigación otorgada por la Cátedra Sandoz de AFU Granada y el apoyo logístico de cooperativa farmacéutica Cecofar. ■

COMUNICACIONES ORALES II

Moderador: Carmen Cociña

Análisis de la utilización de zolpidem en el medio rural

Carranza Caricol F

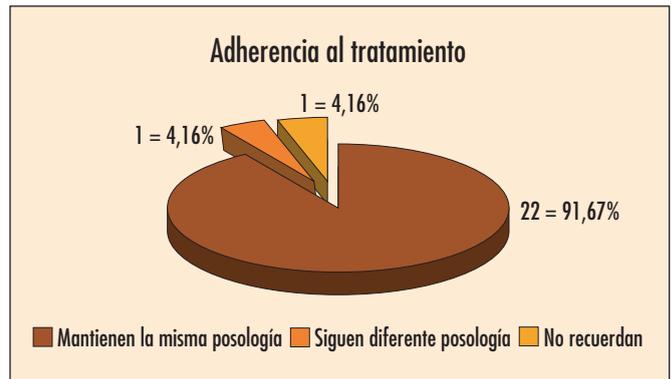
INTRODUCCIÓN: El zolpidem es un análogo benzodiazepínico de aparición reciente con actividad hipnótica. A diferencia de otros estudios realizados a partir de información proveniente de bases de datos de consumo de medicamentos, este trabajo está basado en la información facilitada en la farmacia por los propios pacientes usuarios de benzodiazepinas, por lo que se esperan resultados más aproximados a la realidad. **OBJETIVOS:** Conocer: 1. Qué proporción de la población estudiada está tratada zolpidem; 2. Sobre quién recae principalmente la prescripción; 3. Qué grado de cumplimiento se da; 4. Efectividad del tratamiento desde el punto de vista del paciente; 5. En qué medida se produce farmacodependencia a este medicamento. **MÉTODOS:** El estudio se realizó en 9 localidades de la provincia de Badajoz; 8 de ellas con una sola oficina de farmacia y una con un botiquín. La suma de habitantes de todas ellas ascendió a 5.185. Se identificaron a través del Libro Recetario todos los pacientes que estaban tratados con zolpidem y durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2004 al 30 de mayo de 2005 se trató de contactar con estos pacientes o con sus cuidadores. A los que accedieron a ser entrevistados se les formularon las siguientes preguntas: sexo, edad, tiempo que lleva con el tratamiento, para qué cree que se lo recetó el médico, qué médico, cómo lo toma, cómo le dijo el médico que lo tomara, si le va bien y, por último, si cree que puede prescindir en cualquier momento del medicamento. **RESULTADOS:** Se identificaron 36 pacientes en tratamiento con zolpidem que suponen el 0,69% de la población total de referencia: mujeres 25 (69,44%) y hombres 11 (30,56%). De ellos, 24 (66,67%) pudieron ser entrevistados. En cuanto a la distribución por

edad: 1 (2,78%) de entre 20 y 40 años, 7 (19,44%) son de entre 41 y 65 años y 28 (77,78%) son mayores de 65 años. La primera prescripción proviene de la Atención Primaria en 17 casos (70,83%). Sólo un paciente toma dosis aisladas en lugar de dosis continuadas como le había prescrito el médico. Otro paciente no recuerda cómo se lo indicó el médico. El resto, 22 (91,67%), manifiesta una total adherencia al tratamiento. La percepción que tienen los pacientes acerca del tratamiento es que les va bien en 20 casos (83,33%). En 13 casos (54,16%) los pacientes manifiestan no poder prescindir de estos medicamentos. En 3 casos (12,50%) la duración de los tratamientos es inferior a 12 meses. **CONCLUSIONES:** 1. Sólo el 0,69% de la población estudiada está tratada con zolpidem. Aproximadamente dos de cada tres pacientes son mujeres. Más de las tres cuartas partes son mayores de 65 años; 2. La mayoría de las prescripciones (70,83%) provienen de la Atención Primaria; 3. Se observa en la población estudiada (91,67%) un altísimo nivel de adherencia al tratamiento con benzodiazepinas; 4. La mayoría de los pacientes (83,33%) manifiesta estar satisfecho con el tratamiento; 5. Se detecta un moderado grado de dependencia al zolpidem en la población estudiada (54,17%), siendo el 12,50% los pacientes con tratamiento inferior a 12 meses. ■

Población de estudio		%
Nº Farmacias que realizaron el estudio:	8	
Localidades: Montemolín (889 hab.), Santa María de Nava (232 hab.), Calera de León (1.094 hab.), Entrín Bajo (572 hab.), Valencia de las Torres (703), Puebla del Prior (541 hab.), Hinojosa del Valle (547 hab.), Reina (197 hab.) y La Lapa (310 hab.).	9	
Nº total de habitantes:	5.185	
Nº pacientes tratados con zolpidem	36	0,69
Nº de entrevistas	25	69,44

Distribución por sexo		%
Hombres	11	30,56
Mujeres	25	69,44

Distribución por edad		%
De 20 a 40 años	1	2,78
De 41 a 65 años	7	19,44
Mayor de 65 años	28	77,78



n = 24	¿Puede prescindir del medicamento?		
	Sí	No	No sabe
Duración del tratamiento			
Más de 5 años	0	3	2
Entre 1 y 5 años	2	7	5
Entre 6 y 12 meses	2	3	0
Menos de 6 meses	0	0	0
Totales	4 (16,67%)	13 (54,17%)	7 (29,16%)

Prueba piloto para la implantación en Galicia de un sistema personalizado de dosificación

Pouso C, Rodríguez A, Cruces M, Parada MJ, Parada E

INTRODUCCIÓN: «Los SPD o sistemas personalizados de dosificación son dispositivos tipo blister donde está distribuida toda la medicación emblistable, forma farmacéutica sólida oral que toma el paciente, siguiendo la pauta terapéutica prescrita.» Su uso facilita la administración de la medicación, ayuda a la detección de PRM (problemas relacionados con los medicamentos), mejora el uso racional del medicamento, aumenta la calidad y la seguridad de los tratamientos farmacológicos, proporciona lazos con el equipo multidisciplinar de salud y asegura el mantenimiento de los pacientes en el seguimiento fármaco terapéutico. **OBJETIVOS:** 1. Desarrollar habilidades y aptitudes necesarias para preparar dichos dispositivos de forma protocolizada y sistematizada; 2. Comprobar la viabilidad del sistema. **MÉTODOS:** Sujetos: 37 pacientes de edad media superior a los 65 años. La media de pacientes por año es de 16. **Diseño:** Estudio observacional prospectivo de diseño y

puesta en práctica de un protocolo de trabajo. Duración: desde febrero del 2003 a diciembre del 2005. Evaluación de resultados: cuestionario de opinión a los médicos autoadministrado y cuestionario de satisfacción a los pacientes incluidos en el sistema, administrado. Análisis: los datos se procesaron en Excel. RESULTADOS: El número total de pacientes llegó a ser de 37, quedando al final 16, ya que hubo 21 bajas, cuyas causas fueron: 1. Obligada (5 pacientes); 2. Acaba medicación (2); 3. Residencia (2); 4. Baja voluntaria (2); 5. Defunción (10). Incorporación: cuidador (27%); médico (16%); farmacia (57%). En cuanto a la medicación, los pacientes utilizaron 144 medicamentos en total, siendo emblistables 122 y los restantes no emblistables. El número de blisteres realizados han sido de 3.414. Farmacológicamente, los grupos de medicamentos emblistados fueron: 1. Del SNC (21%); cardiovascular (34%); antidiabéticos orales (7%); hipolipemiantes (6%); digestivo (8%); antiinflamatorios (6%); ácido úrico (3%); Alzheimer (2%), y otros (13%). En cuanto a la posología: 69% de los medicamentos se toman una vez al día, 16% dos veces y 15% tres veces. En relación con la preparación de los SPD se han encontrado 14 causas de PRM, 6 por duplicidad de tratamiento y 8 por interacciones entre medicamentos. En cuanto al resultado de los cuestionarios: 1. El 100% de los pacientes mostraron una satisfacción del 100%; 2. El número de médicos encuestados fue de 12. Todos, es decir el 100%, valoraron positivamente el procedimiento de SPD. CONCLUSIONES: Durante el tiempo que duró el proceso podemos decir que los resultados son positivos y que el sistema es viable. Por ello, consideramos que debemos seguir trabajando en esta línea, aumentando el número de farmacias implicadas y de pacientes incorporados al sistema. ■

I Programa de atención farmacéutica en HTA del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla

Díaz MT, Maestre MV, Ferrer I, Román J, León FJ, García E

OBJETIVOS: 1. Profundizar en conocimientos sobre HTA como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, estrategias terapéuticas y Atención Farmacéutica en dicho problema de salud; 2. Diseñar y aplicar un protocolo de consenso con médicos especialistas en riesgo cardiovascular para realizar el proceso de toma de tensión en Oficinas de Farmacia con el máximo rigor científico; 3. Realizar y registrar la actuación profesional del farmacéutico. MÉTODO: 1. Formación a farmacéuticos interesados a cargo de doctores pertenecientes a la Unidad de Riesgo Cardiovascular del Hospital Virgen Macarena de Sevilla y farmacéuticos comunitarios; 2. Pilotar el protocolo para que pueda ser utilizado de manera unificada en todas las farmacias de Sevilla y provincia, que consta de los siguientes pasos: a) toma de la presión por parte del farmacéutico; b) comprobación de que el paciente utiliza o no alguna medicación antihipertensiva o alguna otra que pueda influir en su presión arterial; c) valorar los diferentes factores de riesgo cardiovascular que pueda presentar el paciente; d) clasificación de los pacientes; e) actuación del farmacéutico según el nivel de clasificación; f) evaluación del resultado, en caso de intervención; 3. Aplicación del protocolo en las farmacias participantes en el periodo junio-octubre de 2005. RESULTADOS: 1. Curso de 30 horas con 88 farmacéuticos inscritos; 2. El número de registros remitidos al Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, derivados de la intervención profesional, asciende a 213 que proceden de 24 farmacias. *Pacientes que toman medicación antihipertensiva*: 67,33% (n= 131). De ellos, 93 estaban bien controlados y 78 no controlados. El farmacéutico actuó como educador sanitario en 128 ocasiones y optó por derivar a su médico a 42 pacientes y a urgencias a 10. Como resultados de las intervenciones, la presión arterial se controló en 54 pacientes y no quedó controlada en tan sólo 5 de ellos. El médico modificó el tratamiento en 30 ocasiones tras la derivación del paciente por parte de su farmacéutico. *Pacientes que no toman medicación antihipertensiva*: 33,67% (n= 82). De ellos, 46 se encontraban controlados sin necesitar tratamiento y 36 se encontraban sin control de su presión arterial. El farmacéutico actuó como educador sanitario en 37 ocasiones, y derivó a 33 pacientes a su médico y a urgencias a 8. CONCLUSIÓN: Este traba-

jo pone de manifiesto la importancia del papel del farmacéutico tanto como educador sanitario y colaborador con el equipo sanitario y colaborador con el equipo asistencial. ■

Calidad percibida por los clientes del proceso de docencia en un servicio de farmacia hospitalaria

Calvín Lamas M, Feal Cortizas B, Margusino Framiñán L, Martín Herranz I

OBJETIVO: Conocer la calidad percibida por los clientes del proceso de docencia en un servicio de farmacia (SF) de un complejo hospitalario universitario certificado según la Norma ISO 9001:2000. MATERIAL Y MÉTODO: Encuesta (anónima) de satisfacción al personal en formación que finalizó su estancia entre abril 2005 y abril 2006: residentes (FIR), alumnos prácticas tuteladas (PT) y formación profesional (FP) de auxiliares de farmacia. Deben señalar el tipo de docencia recibido: postgrado, pregrado o FP. Cuestiones: 1. Seis preguntas cerradas sobre el contenido de las actividades formativas, seguimiento del tutor, preocupación y dedicación del personal del SF, calendario de rotaciones por las diferentes áreas y desarrollo de habilidades para su desarrollo profesional (se plantearon con un formato tipo «likert» con dimensión de calidad de 5 variables, equivalentes a una puntuación de 1-5); 2. Pregunta cerrada sobre cumplimiento de objetivos del programa de formación; 3. Una pregunta sobre valoración global de formación recibida (escala 1-10), resultado planificado >6; 4. Otro apartado recoge las sugerencias. RESULTADOS: 25 personas finalizaron su estancia en el SF: 12 FP, 11 PT y 2 FIR. Se entregaron 19 encuestas (76%) y contestaron 15 (79%). Resultados globales (se describen los más frecuentes): 1. Formación recibida respecto al contenido del programa: 80% normal-adeuada; 2. Seguimiento por el tutor: 40% muy adecuado, 27% normal; 3. Preocupación general del SF por la docencia: 73% buena; 4. Dedicación del personal: 47% buena; 5. Adecuación del calendario de rotaciones: 67% bien; 6. Desarrollo de habilidades necesarias: 67% adecuado; 7. Cumplimiento de objetivos: 100% sí; 8. Nivel de satisfacción global: 7,43. Nivel de satisfacción por tipo de cliente: FIR 6, FP 8,42 y alumnos de PT 7,87. Apartado sugerencias: 60% ninguna, 20% agradecimientos, 20% sugerencias. El 43% de PT considera que debería existir un programa con el contenido de su rotación por todas las áreas, igual que en atención farmacéutica al paciente con terapia antiinfecciosa, rotación valorada muy positivamente. CONCLUSIONES: La satisfacción global es superior al resultado planificado, aunque mejorable y destaca que todos los encuestados consideran que se han cumplido los objetivos. Los alumnos más satisfechos son los de FP, seguidos por los de PT y los FIR, aunque la muestra es demasiado pequeña. Es necesario incidir en la medida de la satisfacción entregando la encuesta a todo el personal que finaliza su periodo de formación, tal y como establece nuestro procedimiento de evaluación de satisfacción del cliente. ■

Errores cometidos en la evaluación de casos clínicos de seguimiento farmacoterapéutico según el método Dáder en cursos a distancia

Fikri Benbrahim N, García-Jiménez E, González-García L, López-Domínguez E, Ocaña-Arenas A, García-Corpas JP

INTRODUCCIÓN: La formación continuada en Seguimiento Farmacoterapéutico del Centro de Atención Farmacéutica del laboratorio STADA y Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada consiste en proporcionar los conocimientos y habilidades necesarios a los

farmacéuticos para poder desempeñar esta labor dirigida al paciente. **OBJETIVO:** Describir y analizar los principales errores cometidos en la resolución de unos casos de tres cursos a distancia (formato CD y VÍA SATELITE) sobre Seguimiento Farmacoterapéutico, utilizando la metodología Dáder. **MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo transversal. Población: farmacéuticos participantes en el curso Vía Satélite (abril-noviembre 2005) y en el curso formato CD (marzo-junio 2005) del laboratorio STADA y Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Para evaluar al farmacéutico, se entregaba un caso clínico que éste debía resolver según la metodología Dáder y enviarlo al Centro de Atención Farmacéutica STADA. **RESULTADOS:** 1. V curso Vía Satélite: 2.877 farmacéuticos enviaron el caso resuelto. De ellos el 80,6% cometía algún error, siendo el error más frecuente (51%), no evaluar la necesidad y efectividad de una estrategia terapéutica en su conjunto; 2. Curso formato CD sobre hipertensión: 1.076 farmacéuticos enviaron el caso resuelto. De ellos el 77,7% resolvieron correctamente el caso. El 30,6% de los farmacéuticos que se equivocaron detectaron una necesidad de tratamiento para un problema de salud ya tratado correctamente, confundiendo el incumplimiento parcial del tratamiento con un incumplimiento total; el 19,2% sospecharon 2 resultados clínicos negativos asociados a la medicación para el mismo problema de salud. El 50,2% restante cometieron otros errores metodológicos; 3. Curso CD sobre depresión: 1.015 farmacéuticos enviaron el caso resuelto. De ellos, el 71,6% resolvieron correctamente el caso. El 78,5% de los farmacéuticos que se equivocaron identificaron 2 resultados negativos asociados a la medicación para el mismo problema de salud. El 20,8% restante cometieron otros errores metodológicos. **DISCUSIÓN:** En vista de estos resultados, los farmacéuticos que realizan estos cursos a distancia utilizando la modalidad del formato CD resuelven mejor el caso clínico propuesto. Sin embargo, no podemos comparar la eficacia de ambos métodos formativos porque difieren el contenido temático y el caso clínico propuesto. Podría ser una nueva línea de investigación. **CONCLUSIÓN:** Uno de los principales errores que cometen los farmacéuticos es no evaluar la necesidad y efectividad de una estrategia en su conjunto. Uno de cada tres sospecha de una necesidad inexistente porque confunden un incumplimiento parcial del tratamiento con un incumplimiento total. Además, en dos de los tres casos propuestos, un número significativo de farmacéuticos, identifican 2 sospechas de resultados Negativos asociados a la Medicación para el mismo problema de salud. Sería necesario profundizar más en estos aspectos de la metodología, en los cursos de formación sobre Seguimiento Farmacoterapéutico con el método Dáder. ■

COMUNICACIONES ORALES III

Moderador: Teodomiro Hidalgo

Análisis bibliométrico de la investigación en farmacia comunitaria en España (1995-2005): indicadores de producción

Andrés Iglesias JC, Fornos Pérez JA. Grupo Berbés

INTRODUCCIÓN: No existe ninguna revisión actual que analice la investigación que se lleva a cabo exclusivamente en la farmacia comunitaria española. El análisis bibliométrico es el instrumento adecuado para poder realizar una aproximación a la actividad científica en un campo o área determinados. **OBJETIVO:** Realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en farmacia comunitaria en España entre los años 1995-2005. **METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda sobre la investigación en farmacia comunitaria en España publicada en el periodo de Enero de 1995 a Diciembre de 2005, a través de las bases de datos International Pharmaceutical Abstracts (IPA), MEDLINE y la base de datos del CSIC. También se realizó una búsqueda directa en fuentes primarias, concretamente en las revistas *Seguimiento Farmacoterapéutico* y *Pharmaceutical Care España*. Se incluyeron en la revisión sólo los artículos originales. Como indicadores de producción se analizó la evolu-

ción del número de publicaciones en el periodo de tiempo estudiado, el número de autores por publicación, el índice de transitoriedad (porcentaje de autores ocasionales con respecto al total de autores), el índice de productividad de Lotka –que permite agrupar a los autores en pequeños, medianos y grandes productores–, y la productividad científica por comunidades autónomas. **RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 122 artículos. De 1995 a 2000 se publicaron 25 artículos, mientras que de 2001 a 2005 se publicaron 97 artículos. Los artículos revisados se publicaron en 12 revistas, englobando *Pharmaceutical Care España* y *Seguimiento Farmacoterapéutico* el 78,7% de los trabajos. En 8 artículos (6,6%) el idioma original fue el inglés, mientras que en el resto el idioma original fue el español. El recuento de firmas de los artículos fue de 512. Ocho trabajos estaban firmados por un único autor y la media de autores por artículo fue de $4,2 \pm 2,1$. Las 512 firmas correspondían a 314 autores, y el índice de transitoriedad fue de 71,3%. 224 autores se sitúan en el grupo de pequeños productores, 89 autores en medianos productores y sólo 1 como gran productor. Las CCAA con mayor producción científica en farmacia comunitaria son Andalucía (27,1% de los trabajos), seguida de la Comunidad Valenciana, Madrid, Galicia y País Vasco. **CONCLUSIONES:** La publicación de artículos de investigación en la farmacia comunitaria en España, aun siendo menor que en otros ámbitos sanitarios, ha experimentado un crecimiento importante en los últimos 5 años, en parte gracias a la aparición de revistas especializadas. Aun así, son pocos los autores con una gran producción en la investigación en este ámbito, y la difusión internacional de los trabajos es todavía limitada. ■

Análisis bibliométrico de la investigación en farmacia comunitaria en España (1995-2005): indicadores de consumo

Andrés Iglesias JC, Fornos Pérez JA. Grupo Berbés

INTRODUCCIÓN: No existe ninguna revisión actual que analice la investigación que se realiza exclusivamente en la farmacia comunitaria española. El análisis bibliométrico es el instrumento adecuado para poder llevar a cabo una aproximación a la actividad científica en un campo o área determinado. El análisis bibliométrico de las citas, entendido como el análisis de las referencias que aparecen en la sección de bibliografía de los trabajos publicados, permite conocer el consumo de información de los autores en un ámbito o especialidad determinada. **OBJETIVO:** Realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en farmacia comunitaria en España entre los años 1995-2005. **METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda sobre la investigación en farmacia comunitaria en España publicada en el periodo de Enero de 1995 a Diciembre de 2005, a través de las bases de datos International Pharmaceutical Abstracts (IPA), MEDLINE y la base de datos del CSIC. También se realizó una búsqueda directa en fuentes primarias, concretamente en las revistas *Seguimiento Farmacoterapéutico* y *Pharmaceutical Care España*. Se incluyeron en la revisión sólo los artículos originales. Se estudió el número de referencias por artículo, el porcentaje de autocitación, el número de referencias en idiomas distintos del español, el índice de Price (porcentaje de referencias con menos de 5 años de antigüedad), los diferentes tipos de fuentes de las citas y la dispersión de las referencias de fuentes primarias según la Ley de Bradford, que nos permite conocer las publicaciones más utilizadas por los farmacéuticos comunitarios para su investigación. Para el cálculo del núcleo de revistas que componen el núcleo de dispersión de Bradford se utilizó el método propuesto por Ferreiro. **RESULTADOS:** Se incluyeron en el estudio 122 artículos. El número total de referencias encontradas en los artículos fue de 2.110. La media de referencias por artículo fue de $17,3 \pm 9,3$. El número de referencias en otro idioma diferente del español ha sido de 887 (42,0% del total de referencias), el 99,7% en inglés, con una media de $7,3 \pm 8,2$ referencias de fuentes en otro idioma diferente del español por artículo. 1.608 referencias proceden de fuentes primarias. El porcentaje de autocitación fue de 6,8% y el índice de Price de 66,5%. 15 revistas componen el núcleo de Bra-

dford, de las cuales 7 (46,7%) son publicaciones en inglés. CONCLUSIONES: El 75,7% de las referencias proceden de fuentes de información primarias, lo que indica la importancia de las revistas como principal mecanismo de difusión de la investigación científica. El elevado índice de Price está en relación con la «juventud» de la investigación. El porcentaje de autocitación es bajo. Las 15 revistas del núcleo representan el 4,3% del total de publicaciones primarias, pero acumulan el 49,4% del total de citas de revistas. ■

Porcentaje de publicación de las comunicaciones en congresos de atención farmacéutica

Andrés Iglesias JC, Fornos Pérez JA. Grupo Berbé

INTRODUCCIÓN: La presentación de comunicaciones a los congresos es parte fundamental del intercambio de información científica, pero el objetivo principal de una investigación debe ser la publicación de la misma. Muchas de las comunicaciones presentadas a congresos no se plasman luego en artículos en las diferentes revistas biomédicas, lo que provoca una peor difusión y validez de la investigación. OBJETIVO: Conocer la proporción de comunicaciones a congresos de Atención Farmacéutica (AF) y farmacia

Congreso	Comunicaciones	Comunicaciones publicadas	Porcentaje de publicación (%)
I Congreso Nacional de Atención Farmacéutica (1999)	92	18	19,6
II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica (2001)	158	26	16,5
III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica (2003)	175	21	12,0
Total	425	65	15,3

Revista	Comunicaciones	Comunicaciones publicadas	Porcentaje de publicación (%)
1 Pharmaceutical Care España			39 (60,0%)
2 Seguimiento Farmacoterapéutico			9
3 Atención Farmacéutica			3
4 Atención Primaria			3
5 Farmacia Hospitalaria			2
6 Pharmacy World & Science			2
7 Revista Española de Salud Pública			2
8 Medicina Clínica			1
9 ARS Pharmaceutica			1
10 Revista Española de Enfermedades Digestivas			1
11 Acta Farmacéutica Bonaerense			1
12 Acta médica Portuguesa			1
Total			65

comunitaria que son publicados en revistas biomédicas. METODOLOGÍA: Se analizaron las comunicaciones presentadas en los congresos relacionados con la AF y la farmacia comunitaria hasta el año 2003. Se analizaron, por tanto, el I Congreso Nacional de AF, celebrado en San Sebastián en 1999, el II Congreso Nacional de AF, celebrado en Barcelona en 2001 y el III Congreso Nacional de AF, celebrado en Granada en 2003. Se consideraron tanto las comunicaciones orales y experiencias profesionales como los pósteres. Para ver las comunicaciones que fueron publicadas se realizó una búsqueda en las bases de datos International Pharmaceutical Abstracts (IPA), MEDLINE y en la base de datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). También se realizó una búsqueda directa en fuentes primarias, concretamente en las revistas *Seguimiento Farmacoterapéutico* y *Pharmaceutical Care España*. RESULTADOS: Se analizaron 425 comunicaciones, 92 presentadas en el I Congreso de AF, 158 en el II Congreso y 175 en el III Congreso. De estas comunicaciones se publicaron 64 (15,1%): 18 en el I Congreso, 26 en el II Congreso y 20 en el III Congreso. Los artículos se han publicado en 11 revistas, 9 de ellas españolas, destacando *Pharmaceutical Care España* con 39 (60,9%) artículos publicados. En 50 (78,1%) artículos, el autor principal era farmacéutico comunitario. CONCLUSIONES: El porcentaje de publicación de comunicaciones presentadas a los congresos de AF y farmacia comunitaria es inferior al de la mayoría de los congresos médicos, pero similar al de los congresos de otros ámbitos de la Farmacia española como la farmacia hospitalaria. La mayoría de los trabajos se publicaron en revistas españolas y por farmacéuticos comunitarios. ■

Evaluación de la indicación farmacéutica en alergia

Molinero AM, de Diego C, González A, Méndez P, Pérez V, Romillo M

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades alérgicas afectan de un modo u otro a gran parte de la humanidad, y son una fuente importante de discapacidad en el mundo occidental. En muchos casos están relacionadas con el asma. Las consultas sobre alergia estacional, conjuntivitis alérgica, rinitis alérgica son de las más frecuentes en la farmacia comunitaria. Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, son consideradas como problemas banales, ya que no ponen en riesgo la vida del paciente, interfieren de manera notable con la calidad de vida dificultando la capacidad de concentración, entorpeciendo las relaciones sociales e impidiendo el sueño. Debido a esto el paciente requiere alivio rápido de los síntomas. OBJETIVOS: 1. Ofrecer indicación farmacéutica en todas las consultas sobre alergia que incluya siempre consejos higiénico-dietéticos y dispensación de tratamiento farmacológico o derivación al médico cuando sea necesario; 2. Evitar la automedicación; 3. Prestar atención a situaciones de riesgo; 4. Cuantificar las intervenciones; 5. Fomentar la dispensación activa. MÉTODOS: El estudio se realizó en 6 farmacias de Madrid durante abril, mayo y junio. Se realizaron dos guías clínicas de consulta: alergia y asma. Se establecieron procedimientos de actuación farmacéutica: alergia, rinitis, conjuntivitis y asma. Se diseñó una ficha de recogida de datos: edad, sexo, motivo de consulta, enfermedades, tratamientos, hábitos nocivos, indicación farmacéutica y tratamiento recomendado. Se diseñaron folletos informativos: alergia, rinitis, conjuntivitis, asma y antihistamínicos. RESULTADOS: 1. Fueron 294 indicaciones farmacéuticas: 123 hombres y 171 mujeres de 35,4 años de edad media; 2. Consultas: alergia: 37%; asma: 3%; conjuntivitis: 17%; rinitis: 23%; rinitis + conjuntivitis: 15% y urticaria: 5%; 3. Duración problema: 57% estacional, 27% días, 14% semana y 2% meses; 4. Un 25% fumadores, 23% otra enfermedad, 29% medicados y 5% usaban descongestivos adrenérgicos; 5. Alarmas detectadas: 9 precaución, 3 duplicidad y 1 interacción; 6. Intervenciones farmacéuticas: 10% médico, 84% dispensación EFP, 6% tratamiento no farmacológico; 7. Tratamientos recomendados: 32% antihistamínicos sistémicos, 15% descongestivos nasales, 13% antihistamínicos sistémicos + descongestivos sistémicos, 10% descongestivos oftálmicos, 10% soluciones salinas. CONCLUSIONES: Se suministró información escrita en todas las consultas realizadas. Se evitó la automedicación incorrecta, detectándose situaciones de posible riesgo. La consulta far-

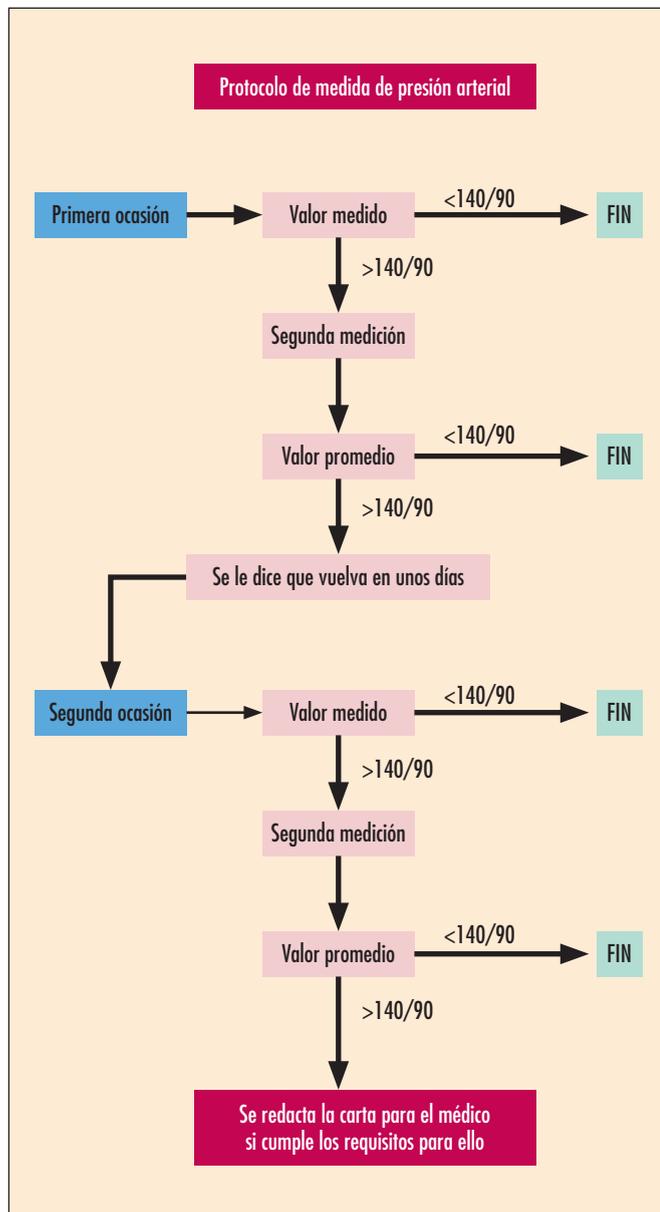
macéutica es ampliamente demandada en la farmacia y puede ser la vía idónea para iniciar el SFT. Para que la indicación farmacéutica sea rigurosa, es imprescindible la elaboración de guías de actuación con procedimientos normalizados de trabajo, así como la documentación de la labor realizada por el farmacéutico. ■

Protocolo de derivación al médico en valores elevados de presión arterial

Escribá Martí P, Climent Catalá MT, Ruiz González D, Bellver Monzó O, Baixauli Fernández VJ, Velert Vila MM

INTRODUCCIÓN: Es habitual en las farmacias comunitarias medir la presión arterial (PA) a los clientes que lo solicitan. La saturación en las unidades de hipertensión de los centros de salud y la disponibilidad de las far-

macias comunitarias incrementan éste hecho. Por otra parte, la comodidad del paciente y la cercanía y confianza que le proporciona su farmacia habitual, puede ayudar a disminuir el fenómeno de reacción de alerta (también conocido como hipertensión de bata blanca). Este fenómeno, más habitual en el centro de salud, puede distorsionar los valores correctos de PA e inducir a errores de diagnóstico, tratamiento farmacológico o seguimiento del paciente. En ocasiones los valores obtenidos necesitan ser valorados por un médico, pero en la práctica, el farmacéutico no tiene unos criterios claros y consensuados de derivación al médico de atención primaria. Para subsanar esta situación, en febrero de 2006, la Sociedad Valenciana de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (SVHTA-RV) y la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV) consensuaron un protocolo de derivación al médico y un modelo de carta que sirviera de enlace entre ambos profesionales (anexo 1). **OBJETIVO:** Comprobar la utilidad de este protocolo, su aceptación por el paciente, la actuación del médico tras su remisión, y el resultado en el control de la PA. **MÉTODO:** Estudio piloto en 7 farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana durante el mes de junio de 2006. A los pacientes que lo solicitaban se les midió la PA con esfigmomanómetros validados y según las normas recomendadas por la Sociedad Española de Hipertensión y Riesgo Vascular. Éstas incluyen un reposo físico de al menos 5 minutos, sedestación (preferentemente en silla con respaldo), y no haber fumado o bebido café en los 15 minutos anteriores entre otras. Si los valores obtenidos eran superiores a los marcados por el protocolo se volvía a medir pasados unos minutos y se sacaba la media de ambas mediciones. Si en otra ocasión (día distinto) las medidas cumplían con los requisitos especificados en la misma carta de derivación (anexo 1) se entregaba al paciente dicha carta personalizada y se registraba el resultado de nuestra intervención en un formulario (anexo 2). **RESULTADOS:** Se realizaron 660 medidas de la PA aplicando las normas anteriormente citadas. Según el protocolo aplicado, se derivó al médico en 14 ocasiones, suponiendo este número el 2,12% (IC 95%; 1,02-3,22%) del total. Los pacientes derivados tenían una media de edad de 58 años (recorrido 33-77), y su distribución según sexo fue de 8 hombres y 6 mujeres. Su PA promedio (mmHg) fue PAS: 163 y PAD: 97. Los factores de riesgo asociados fueron: diabetes (1), cardiopatía (1), y diabetes y cardiopatía (3). Aceptación por el paciente: uno no volvió y otro no aceptó ser remitido. Actuación del médico: cambió el tratamiento en 3, remitió al especialista en 2 (que también lo cambió) y mantuvo el tratamiento, siguiéndolos, en 7. Resultados sobre el control de la PA: 7 controlaron su tensión, 4 no la controlaron y 1 todavía sin datos. 4 de los 5 pacientes que cambiaron su tratamiento controlaron la tensión, y 3 de los 7 en los que el médico mantuvo el tratamiento la controlaron. **CONCLUSIONES:** Es un protocolo útil y sencillo de realizar y no ha supuesto dificultad en el trabajo diario del farmacéutico ni en la atención al paciente. La aceptación por parte de los pacientes puede considerarse buena, ya que sólo uno (7%) desestimó nuestra intervención. Permite establecer y/o aumentar la comunicación con el médico de cabecera, de forma profesional y sistematizada. La respuesta de los médicos fue interesante, ya que en un 40% de los casos supuso una modificación del tratamiento anterior. El control sobre la PA mejoró en un 60% de los casos siendo especialmente significativo en los pacientes con cambio de tratamiento (80%). A pesar de esta mejora, un 40% de los pacientes continuaron sin tener la PA controlada. Un inconveniente para estas conclusiones es el pequeño tamaño muestral, condicionado por ser un estudio piloto. Es necesario repetir el estudio con un mayor tamaño muestral para obtener conclusiones significativas. **CONSIDERACIONES FINALES:** En las siguientes páginas se adjuntan el protocolo de actuación del farmacéutico según la medida de la PA así como la carta de derivación al médico de cabecera (anexo 1) y el formulario de registro de intervención farmacéutica (anexo 2). Debido a que este protocolo es fruto de un trabajo conjunto entre la SFaC-CV y la SVHTA y RV, para evitar malentendidos con los médicos de cabecera se ofreció siempre la posibilidad de personalizar los criterios de derivación del paciente según el juicio clínico del médico de primaria. Por último, hay que destacar que el objetivo de este trabajo se centró en la derivación del paciente al médico de cabecera, y no a urgencias. Esta última situación quedó a criterio de cada farmacéutico, pero no quedó registrada en este trabajo al no haber sido protocolizada. ■



Farmacia xxxxxxxx

En a de Junio de 2.006

Estimado Dr.

La paciente ha acudido a esta farmacia a tomarse la presión arterial.
Los valores encontrados han sido:

1ª lectura / mmHg 2ª lectura / mmHg
Promedio de las dos lecturas / mmHg

La presión arterial ha sido medida en dos ocasiones con esfigmomanómetro correctamente calibrado y validado, con el paciente sentado y tras haber realizado un reposo de al menos 5 minutos.

Como el valor promedio de las medidas es elevado y entran dentro de la consideración de estudio inmediato por el médico de General/Familia según protocolo de derivación consensuado con la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (Anexo 1) se remite al paciente a su consulta para que proceda como estime más oportuno.

Si Vd desea personalizar para este paciente concreto otros criterios de derivación le ruego que así me lo indique.

Atentamente

Fdo.

ANEXO 1

Criterios de derivación Urgente al Médico General/Familia.

Presión Arterial ≥ 180 y/o 110 mmHg constatada en al menos dos ocasiones en cualquier paciente.
 Presión Arterial ≥ 160 y/o 100 mmHg constatada en al menos dos ocasiones en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad renal, enfermedad vascular cerebral.
 Presión Arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg constatada en al menos dos ocasiones durante el embarazo.

Criterios de derivación No Urgente al Médico General/Familia.

Presión Arterial entre $160-180$ mmHg y/o entre $100-110$ mmHg constatada en dos o más ocasiones en cualquier paciente.
 Presión Arterial entre $140-160$ mmHg y/o $90-100$ mmHg constatada en dos o más ocasiones en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad renal, enfermedad vascular cerebral o diabetes.

Si el paciente cumple cualquiera de estas condiciones la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular RECOMIENDA que sea remitido a su médico de cabecera. La Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana suscribe esta recomendación.



Anexo 2

Farmacia XXXXXXXXXX

N.º total de tensiones tomadas en el período ____ 134 ____

N.º: 35	Fecha: 10/06 Edad: 45	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	T media: _16,5/_11,0 mmHg FC: ____ por min.
Derivación al médico de cabecera/familia <input type="checkbox"/> Urgente <input checked="" type="checkbox"/> No urgente		¿Qué pasó? <input type="checkbox"/> Remite a especialista <input checked="" type="checkbox"/> Cambia tratamiento <input type="checkbox"/> Esperar y ver <input type="checkbox"/> Sin datos <input checked="" type="checkbox"/> Paciente no acepta derivación <input type="checkbox"/> El médico personaliza los criterios de derivación	
Factor de riesgo asociado <input type="checkbox"/> Antecedente cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Embarazo		Tensión arterial <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> No controlada <input checked="" type="checkbox"/> Sin datos	
N.º: 47	Fecha: 13/06 Edad: 33	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/> Mujer	T media: 17,0/11,5 mmHg FC: ____ por min.
Derivación al médico de cabecera/familia <input type="checkbox"/> Urgente <input checked="" type="checkbox"/> No urgente		¿Qué paso? <input type="checkbox"/> Remite a especialista <input checked="" type="checkbox"/> Cambia tratamiento <input type="checkbox"/> Esperar y ver <input type="checkbox"/> Sin datos <input type="checkbox"/> Paciente no acepta derivación <input type="checkbox"/> El médico personaliza los criterios de derivación	
Factor de riesgo asociado <input type="checkbox"/> Antecedente cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Embarazo		Tensión arterial <input type="checkbox"/> Controlada <input checked="" type="checkbox"/> No controlada <input type="checkbox"/> Sin datos	
N.º:	Fecha: ____ Edad: ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	T media: ____/____ mmHg FC: ____ por min.
Derivación al médico de cabecera/familia <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> No urgente		¿Qué paso? <input type="checkbox"/> Remite a especialista <input type="checkbox"/> Cambia tratamiento <input type="checkbox"/> Esperar y ver <input type="checkbox"/> Sin datos <input type="checkbox"/> Paciente no acepta derivación <input type="checkbox"/> El médico personaliza los criterios de derivación	
Factor de riesgo asociado <input type="checkbox"/> Antecedente cardiopatía isquémica <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Embarazo		Tensión arterial <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> No controlada <input type="checkbox"/> Sin datos	

Desarrollo y validación de cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de atención farmacéutica en farmacias comunitarias

Armando PD, Faus Dáder MJ, Martí Pallarés M, Martínez Pérez SR, Solá Uthurry N

INTRODUCCIÓN: La dispensación constituye el servicio más demandado por los pacientes que concurren a las farmacias comunitarias y la consulta o indicación farmacéutica se refiere a la asistencia prestada por el farmacéutico ante la solicitud de un tratamiento para un trastorno menor. Ambos servicios deben satisfacer las expectativas de los pacientes, y desarrollarse con profesionalismo, eficiencia y confidencialidad. La satisfacción de los pacientes constituye un importante resultado en el ámbito sanitario, porque refleja la habilidad del farmacéutico y de su equipo de trabajo para cumplimentar las necesidades de los pacientes, siendo además un indicador utilizado para los fines de evaluación de la actividad del farmacéutico y de gestión de la calidad. **OBJETIVO:** Desarrollar y validar cuestionarios de satisfacción de pacientes con los servicios de dispensación y consulta farmacéutica en las farmacias comunitarias españolas. **MÉTODOS:** Se diseñaron cuestionarios autoadministrables semiestructurados centra-

dos en la percepción de los resultados obtenidos por parte de los pacientes con los servicios de dispensación y consulta farmacéutica. Dichos cuestionarios fueron revisados por un panel de expertos y posteriormente se realizó un pilotaje en 2 farmacias comunitarias. Una vez optimizados, quedaron conformados por: introducción y datos de tipo demográfico, 10 ítems con preguntas cerradas en una escala de intervalos y un apartado final abierto para que los pacientes puedan expresar comentarios y sugerencias adicionales. La validación se realizó en las farmacias comunitarias que aceptaron participar en el estudio durante un periodo de 2 meses (marzo y abril de 2006). Los cuestionarios fueron entregados a cada uno de los pacientes, o a sus cuidadores, que concurren a las farmacias al momento de dispensar un medicamento o indicar un tratamiento para un trastorno menor. **RESULTADOS:** Participaron en el estudio 25 farmacias comunitarias pertenecientes a 9 provincias de España. Se obtuvieron 561 cuestionarios completos para dispensación y 395 para consulta farmacéutica. El promedio de las puntuaciones para los 10 ítems del cuestionario de dispensación fue de 4,52 y de 4,46 para el de consulta (escala 1-5), y se obtuvieron coeficientes α de Cronbach de 0,91 y de 0,92, respectivamente. El análisis factorial reveló un único componente para ambos cuestionarios. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Se obtuvieron elevadas calificaciones en las escalas de satisfacción y valores de consistencia interna aceptables para la cantidad de ítems utilizada. Los cuestionarios desarrollados han demostrado buena fiabilidad y validez para valorar la satisfacción de los pacientes con los servicios de dispensación y consulta farmacéutica en las farmacias comunitarias.

Plan estratégico para el desarrollo de la atención farmacéutica. Resultados 2002/2006

Varas R

INTRODUCCIÓN: El Plan Estratégico es el proyecto profesional constituido por un conjunto de acciones encaminadas a facilitar la difusión, integración e implantación de la Atención Farmacéutica entre los farmacéuticos, a través de los Colegios, en coordinación con el Consejo General. **OBJETIVOS:** El objetivo fundamental es potenciar los aspectos asistenciales de la función del farmacéutico, en su práctica cotidiana, en la dispensación, la indicación farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico. Para conseguir la mayor difusión e implantación de la práctica profesional, cada acción se organiza mediante: 1. Una sesión inicial de formación multicéntrica (*on-line*) a través del portal de la Organización Colegial en Internet, portalfarma.com; 2. Sesiones técnicas de formación teórico-profesional a nivel colegial; 3. Sesiones prácticas en aulas informáticas, talleres interactivos para una formación práctica personalizada a nivel colegial; 4. Sesiones de comunicación en congresos, talleres prácticos, mesas redondas, pósteres, etc. La inscripción a cada acción, a nivel colegial, permite al farmacéutico recibir la documentación elaborada para la práctica de cada acción en la actividad diaria del farmacéutico, y consta de guías de actuación farmacéutica, guías farmacoterapéuticas, cuestionarios de evaluación, información al paciente, etc. Todas las Acciones están validadas por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo, con una acreditación específica. La tercera cuestión a considerar para demostrar el valor del farmacéutico en la práctica asistencial es el registro de su actividad. Para el registro de las actuaciones profesionales, el conocimiento de la sistemática de actuación, la permanente actualización en farmacoterapia, etc., se propone la utilización del Bot Plus, Base de datos del Conocimiento Sanitario, como soporte estructural. **RESULTADOS:** 1. *Dispensación de estatinas 2004.* Se inscribieron 4.500 farmacéuticos pertenecientes a 49 colegios provinciales, que remitieron 8.000 datos registrados en el Bot plus. El análisis estadístico de los datos remitidos por los farmacéuticos al colegio correspondiente, agregados en él y transmitidos a la Organización Colegial, ha permitido conocer los siguientes resultados: a) es el propio paciente (73,7%) el que solicita la dispensación; b) la solicitud es similar por sexos: mujeres 53,41%/hombres 46,59%; c) El 72% del total de estatinas dispensadas han sido atorvastatina y simvastatina; d) el 30% de los pacientes desconocen la indicación y la forma de empleo; e) el 13% son tratamientos de inicio y el 87% de continuación; f) la intervención profesional mayoritaria (87%) es dispensar con información personalizada de la estatina; 2. *Indicación farmacéutica en la deshabituación tabáquica 2005.* 4.000 farmacéuticos inscritos pertenecientes a 50 colegios provinciales y 1.300 datos remitidos desde el Bot plus, de cuyo análisis se puede decir: a) es el propio paciente (86,68%) el que solicita ayuda; b) los más motivados son hombres adultos de 35 y 65 años (56,67%) y mujeres jóvenes de 18-35 años (39,29%); c) el 93,76% de los motivos se refieren al tabaquismo y un 6,24% a los medicamentos; d) los pacientes se caracterizan por un nivel bajo de motivación (57,42%), una dependencia moderada (41,81%) y por fumar menos de 20 cigarrillos al día; e) la intervención del farmacéutico es el asesoramiento sin dispensación (36,43%), la entrega de un tratamiento EFP con información (30,16%), y la derivación al médico 14,50%. 3. *Indicación farmacéutica en el resfriado 2006.* Se han inscrito 5.500 farmacéuticos a la acción pertenecientes a 51 colegios oficiales de farmacéuticos, y han remitido 8.500 datos registrados de cuyo análisis se puede decir que: a) es el propio paciente (76,5%) el que solicita ayuda al farmacéutico; b) son hombres adultos de 35-65 años (39,34%), y mujeres jóvenes de 18-35 años (42,29%), los que generalmente acuden a solicitar ayuda; c) el 94,2% de los motivos de consulta se refieren al resfriado o a alguno de los signos que lo acompañan y un 5,80% son consultas sobre medicamentos que pueden utilizar, sin mediar dispensación; d) la duración del problema referido por el paciente cuando acude a la farmacia es de 1 a 3 días (68,7%); e) la intervención del farmacéutico se caracteriza por dispensar un medicamento que no precisa prescripción médica (EFP) con información sobre él (65,64%), asesorar sin dispensar medicamentos (11,66%), y derivar al médico (9,21%); f) sin ser obje-

tivo específico de la acción, se ha detectado y registrado un 30% de PRM (Figura 8) relacionados con: 1. El paciente sufre un PS consecuencia de no recibir una medicación que necesita: 46,18%. 5. El paciente sufre un PS consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento (RAM): 31,42%. 6. El paciente sufre un PS consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento: 12,89%. 3. El paciente sufre un PS consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación: 9,51%. La mitad de los PRM registrados están relacionados con una falta de medicación para tratar un problema de salud, y casi la otra mitad están relacionados con problemas de inseguridad. Los problemas relacionados con la inseguridad de los medicamentos siguen siendo muy importantes (44,31%). Se puede concluir señalando que la Indicación Farmacéutica, como servicio asistencial, facilita al farmacéutico una metodología práctica que le ayuda a ofrecer al paciente la solución más adecuada para resolver un problema de salud «autolimitado» como es el resfriado o los síntomas asociados al mismo. El farmacéutico, mediante la entrevista con el paciente, puede obtener suficiente información como para intervenir profesionalmente, dispensando EFP con información suficiente que asegure un uso seguro del mismo, o recomendando otros tratamientos no farmacológicos. Se evita así el uso de fármacos no indicados en esta patología, las posibles interacciones y las resistencias bacterianas. En definitiva, se pone de manifiesto cómo una formación exhaustiva, tanto práctica como teórica, posibilita un ejercicio más profesional, protegiendo al paciente y derivando en casos de necesidad a otro agente sanitario. **CONCLUSIONES:** 1. Hay una alta participación de farmacéuticos implicados en el desarrollo de acciones específicas de Atención Farmacéutica (más de 12.500), cuestión absolutamente imprescindible para que la profesión avance hacia una atención profesional centrada en el paciente; 2. El registro de las intervenciones individuales a través del Bot plus es necesario para obtener resultados; 3. Es el mejor medio para que la sociedad y la Administración perciban el cambio en el ejercicio profesional y el valor del farmacéutico como agente sanitario dentro del equipo multidisciplinar de salud. ■

COMUNICACIONES ORALES IV

Moderador: Alejandro Egulleor

Grado de conocimiento de los medicamentos por parte de los usuarios que se automedican

Trigo Durán R, Guisado Peña M, Santos Morano M, Machuca González MP, de la Matta Martín MJ

INTRODUCCIÓN: La disponibilidad de medicamentos que no requieren receta médica, la falta de tiempo y el hecho de que todo el mundo parece saber cómo tratar sus dolencias está disparando el fenómeno de la automedicación. Las consecuencias de ésta son importantes: retrasa y establece un diagnóstico incorrecto, puede enmascarar, prolongar o agravar la enfermedad, conduce al uso inadecuado de los medicamentos e incrementa el riesgo de reacciones adversas, interacciones y resistencia a medicamentos. La oficina de farmacia constituye un pilar fundamental para detectar y combatir la automedicación «irresponsable» de los pacientes. **OBJETIVOS:** Estudiar las características de los pacientes que llegan a la farmacia solicitando un medicamento concreto, así como averiguar el grado de conocimiento que los pacientes tienen de los medicamentos que solicitan. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Método descriptivo, transversal, observacional y prospectivo. El estudio se ha llevado a cabo durante el periodo de marzo a mayo de 2006 en tres farmacias comunitarias de las localidades de Paymogo (Huelva), Almendralejo (Badajoz) y Las Cabezas de San Juan (Sevilla). Para la obtención de los datos se elaboró un cuestionario basado en doce preguntas que se pasó a todo paciente que entraba en la farmacia solicitando un medicamento sin la correspondiente prescripción médica. **RESULTADOS:** Se obtuvieron 53 solicitudes de medicamentos, de las cuales un 70% fueron hechas por mujeres, frente a un 30% por hombres. El grupo que más se automedica es el de edades comprendidas entre los 40 y 60 años. Los medica-

mentos solicitados mayoritariamente fueron analgésico-antiinflamatorios (49%) y preparados para alteraciones digestivas (18%). En cuanto a la causa de la automedicación, en un 71% se debe a una sintomatología repetida para la cual el paciente cree conocer el tratamiento. El 100% de los pacientes manifiesta conocer para qué sirve el medicamento que solicita, aunque un 94,33% no conoce si el medicamento tiene o no contraindicaciones. Un 68% iría al médico si surgiera alguna reacción adversa a la medicación frente a un 9,4% que acudiría al farmacéutico. El 53% de los pacientes no lee el prospecto del medicamento con el que se automedica. CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes fueron mujeres entre los 40 y 60 años que solicitaron mayoritariamente analgésicos y preparados para alteraciones digestivas. El 100% conoce para qué sirve el medicamento que solicita, pero no conoce ninguna situación en la que no debiera tomarlo. Se percibe la necesidad de llevar a cabo nuevas promociones de campañas sanitarias para facilitar información a los pacientes. ■

Estudio de cumplimiento con estatinas: eficacia de la intervención del farmacéutico comunitario

Andrés Iglesias JC, Fornos Pérez JA. Grupo Berbés

INTRODUCCIÓN: La baja adherencia en el cumplimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con estatinas compromete la efectividad de la terapia hipolipemiente y se asocia a un aumento de la morbilidad cardiovascular. Una de las causas principales que explican este incumplimiento reside en la percepción que tiene el paciente sobre la enfermedad y sobre su tratamiento. La educación para la salud (EpS) se ha revelado como una herramienta importante para lograr un mejor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, y es uno de los pilares fundamentales en cualquier estrategia de AF, tanto en la dispensación activa como en el seguimiento farmacoterapéutico. OBJETIVO: Evaluar la intervención del farmacéutico, mediante acciones de educación para la salud en la dispensación activa, en el cumplimiento terapéutico con estatinas y en el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento por parte de los pacientes. METODOLOGÍA: Estudio experimental controlado y aleatorizado realizado en 10 farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra a 124 pacientes en tratamiento con estatinas entre los meses de Enero y Diciembre de 2005. La duración del estudio fue de 4 meses para cada paciente. En el grupo intervención (GI) se realizó dispensación activa e intervenciones educativas y en el grupo control (GC) una dispensación normal. Se midió el cumplimiento farmacoterapéutico con estatinas a los 2 meses y al final del estudio, mediante registro de las dispensaciones, el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento al inicio y al final, mediante un *test de conocimientos sobre hipercolesterolemia* diseñado y validado específicamente para su aplicación en la farmacia comunitaria, y las modificaciones en el estilo de vida después de la intervención. RESULTADOS: Un total de 102 pacientes terminaron el estudio. En el global del estudio, en el GC fue cumplidor el 68,0% y en el GI el 90,4% ($p = 0,005$). El conocimiento de los pacientes del GC al final del estudio fue de $12,7 \pm 1,9$ puntos y de $14,2 \pm 1,9$ puntos en el GI ($p < 0,001$). No hubo modificaciones en el estilo de vida de los pacientes. CONCLUSIONES: La intervención educativa del farmacéutico durante la dispensación activa logra un mejor cumplimiento terapéutico con estatinas y mejora el conocimiento de la hipercolesterolemia y de su tratamiento por parte del paciente. ■

Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria

Moranta Ribas F, Maroto Yagüe A, Sitjar Garí T, Sanz Guillén MA

INTRODUCCIÓN: De las actuaciones farmacéuticas que se realizan en la práctica de la atención farmacéutica, generalmente sólo las de seguimiento farma-

coterapéutico y algunas de consulta farmacéutica quedan registradas por escrito o en soporte informático. Es clave diseñar metodologías de registro que sean ágiles, rápidas y asumibles, para que el 100% de las actuaciones farmacéuticas queden registradas. Es necesario que, de algún modo, todo el trabajo profesional quede siempre constatado. OBJETIVO: El objetivo general ha sido evaluar la operatividad de un sistema de registro rápido de actuaciones farmacéuticas, mediante soporte informático, en la farmacia comunitaria. METODOLOGÍA: Estudio observacional transversal descriptivo realizado en Farmacia Comunitaria que registra las actuaciones farmacéuticas asignándoles un código interno, de manera que puedan ser recogidas en el momento de llevar a cabo la actuación mediante la introducción del código correspondiente en la pantalla de venta del programa informático. Además, también registramos con el mismo sistema los resultados de las actuaciones que se pueden recoger sin hacer un seguimiento de la actuación, o del paciente. No se registran datos demográficos ni clínicos de los pacientes. El periodo de estudio fue de 6 meses (del 1 de noviembre al 30 de abril de 2006). RESULTADOS: El total de actuaciones farmacéuticas registradas con el sistema rápido durante el periodo de estudio fueron: 2.970. En cuanto a la tipología de las actuaciones; un 17,1% (508) fueron actuaciones sobre incidencias en la dispensación y un 89,8% (2.462) fueron actuaciones de consulta y/o indicación farmacéutica. Atendiendo a los resultados de dichas actuaciones, de las 2.462 actuaciones de consulta y/o indicación farmacéutica, en 1.011 ocasiones se les dio a los pacientes únicamente información sanitaria o sobre medicamentos; en el resto (1.451 casos), se les indicó el uso de una EFP. CONCLUSIONES: El estudio ha demostrado que este sistema de registro es ágil y rápido, no interfiere en el trabajo diario y se integra en los protocolos de dispensación e indicación. Este sistema de registro se puede considerar como un mínimo a partir del cual se ha de evolucionar para llegar a un sistema, también simple, rápido y asumible, pero que permita la recogida de un mayor número de datos, tanto de las actuaciones como de sus resultados, así como una mayor operatividad en el tratamiento informático de las mismas. ■

Estudio sobre la automedicación con antigripales en farmacias comunitarias de la provincia de Lugo

Pérez Landín B, Coira Nieto MI, Barreira Fernández MA, Prieto Nieto A

OBJETIVOS: Conocer si el antigripal que demanda el paciente es adecuado. Comprobar si el consejo farmacéutico mejora la automedicación. METODOLOGÍA: Diseño: estudio observacional descriptivo transversal. Duración del estudio: febrero 2006. Ámbito del estudio: 11 farmacias comunitarias de la provincia de Lugo. Muestra: demandantes de EFP, pertenecientes al grupo terapéutico R05X. Ante la solicitud de la especialidad farmacéutica antigripal, se cumplimenta la hoja de registro diseñada *ad hoc*, que recoge las siguientes variables: Medicamento demandado, datos del paciente, duración del problema de salud, síntomas, medicamentos que consume habitual o esporádicamente, otras enfermedades, otras condiciones (embarazo, lactancia, conductor de vehículos, alergias...), medicamento dispensado. RESULTADOS: Se han recogido un total de 160 hojas de registro. El antigripal demandado fue adecuado en un 19% ($n = 30$) de las solicitudes, fue inadecuado en un 77% ($n = 123$) de las mismas y en el 4% ($n = 7$) restante no se pudo valorar debido a la ausencia de datos que nos permitiesen hacer esta valoración, pues constituían «encargos». El consejo farmacéutico mejoró la automedicación en un 41% ($n = 51$), y no lo hizo en un 59% ($n = 72$) de los mismos. CONCLUSIONES: De los resultados anteriormente expuestos se concluye principalmente que en nuestro entorno la mayoría de los pacientes no solicita un antigripal adecuado; esto ocurre en general, por no adaptarse a la sintomatología de su proceso, y aunque el consejo farmacéutico mejora la automedicación en 4 de cada 10 personas, pensamos que es insuficiente y que sería necesario revisar nuestro servicio de dispensación para adaptarnos a una sociedad que apuesta cada día más por el autocuidado, donde el papel del farmacéutico es fundamental para que éste sea responsable y adecuado. ■

Comunicaciones Póster

Proyecto de seguimiento farmacoterapéutico con un grupo multidisciplinario en residencia de ancianos

Alés E, Cuesta N, del Real I, Ferrer I, Martín MV, Morales I

INTRODUCCIÓN: Es una responsabilidad actual del equipo de salud fundamentar y mejorar continuamente las actividades asistenciales para lo cual se precisa de una Evaluación de Resultados que incluya información sobre la calidad de la atención prestada y la salud del paciente y esta debe realizarse constituyendo grupos multidisciplinarios para elevar la calidad asistencial gracias a sus intervenciones. **OBJETIVO:** Implantar seguimiento farmacoterapéutico en una residencia de nueva apertura. **MÉTODO:** Estudio cuasiexperimental sin grupo control. **RESULTADOS:** El grupo multidisciplinario consta de responsable de la residencia, 8 farmacéuticos comunitarios, 1 farmacéutico de atención primaria, 1 ATS, 1 fisioterapeuta y 9 médicos de atención primaria con sus residentes. El procedimiento de trabajo ha consistido: 1. Ofrecimiento por parte de un grupo de trabajo de farmacéuticos comunitarios de atención farmacéutica de Écija para incorporar SFT en una residencia de ancianos; 2. Exposición del proyecto a los médicos involucrados por medio del farmacéutico de atención primaria; 3. Realización de unidosis semanales a cada paciente institucionalizados; 4. Creación de historias clínicas para los médicos que atienden a dichos pacientes; 5. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud de los ancianos a su ingreso; 6. Sesiones clínicas mensuales entre los farmacéuticos integrantes con la persona responsable de los ancianos para evaluar su evolución; 7. Integración de la figura del ATS y fisioterapeuta en las sesiones para un abordaje multidisciplinario; 8. Intervenciones con los médicos responsables de los pacientes para resolver problemas relacionados con los medicamentos; 9. Aceptación de las intervenciones por parte del médico y mejora de parámetros clínicos a corto plazo de los pacientes intervenidos. **DISCUSIÓN:** A corto plazo podemos decir que el trabajo conjunto de los integrantes ha sido enriquecedor por las distintas visiones aportadas e informaciones compartidas, se ha evidenciado la figura clínica del farmacéutico comunitario dentro del equipo de salud. Centrándonos en el paciente este siente una atención más individualizada y monitorizada de todo el personal sanitario. **Agradecimientos:** A los pacientes; a los farmacéuticos: Gloria Álvarez, Concepción Carvajal, Alberto Fernández, Valle Martín M., Enrique Martín, Emilio Pavés, Emilia Rosado, J. Alberto Sanz; al personal de la residencia: Nuria Cuesta, Isaac del Real, Ignacio Morales; médicos y farmacéutica de primaria: Dres. Alés, Carrasco, Monroy, Pérez, Romero, Ruizberriz, Selva, Terrón, Villanueva y Farmacia Ferrer.

Papel del farmacéutico comunitario ante el consumo de ansiolíticos

Alonso AJ, Macías JA, Rodríguez de Moya J, Pérez-Guerrero C, Berenguer B

INTRODUCCIÓN: La elevada utilización de ansiolíticos e hipnóticos, principalmente las benzodiazepinas, para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio preocupa tanto a los profesionales como a las autoridades sanitarias, que

han alertado sobre el excesivo consumo de este tipo de fármacos. Aunque estas sustancias son fundamentales para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, las contracturas musculares o la epilepsia, su uso indiscriminado no está exento de riesgos debido a sus efectos adversos y a su capacidad para producir tolerancia y dependencia. **OBJETIVOS:** Conocer la evolución del consumo y el patrón actual de utilización de ansiolíticos e hipnóticos en pacientes de tres oficinas de farmacia de características demográficas diferentes. **MÉTODOS:** La población diana se dividió en tres grupos: Farmacia rural y única de El Campillo en Huelva (16 pacientes); Farmacia de barrio del casco antiguo de Sevilla (14 pacientes); Farmacia de barrio de Málaga (10 pacientes). Se elaboró un cuestionario que refleja el perfil de la persona y su grado de conocimiento y utilización de este tipo de medicamentos mediante 6 preguntas. Además se realizó el test de Morisky-Green para averiguar el grado de adherencia al tratamiento. **RESULTADOS:** La edad media de los pacientes ronda los 55 años, siendo la población más envejecida la de Sevilla. El 77% de los encuestados fueron mujeres, frente a un 23% de varones. La indicación mayoritaria para el tratamiento fue ansiedad y estrés (45,8%), seguida de insomnio (30,51%) y depresión (22%). Más de la mitad de los tratamientos tenían una duración superior a un año y habían sido prescritos por un especialista en el 44% de los casos. Los pacientes consumían un promedio de 3 medicamentos concomitantes. Aunque la inmensa mayoría se mostró satisfecha con los efectos de su medicación, un 22% de los pacientes no aprecia una clara mejoría de sus síntomas. El 29% sufre alguna RAM, destacando el decaimiento (27%), la pérdida de peso (20%) y la pérdida de libido (20%). El 79% manifestó seguir las indicaciones de su médico, aunque los resultados del test de adherencia reflejaron que sólo el 15% de los pacientes cumple con el tratamiento. **CONCLUSIONES:** La actuación del farmacéutico comunitario puede servir para revisar la duración del tratamiento y mejorar la adherencia y así optimizar el uso racional de los ansiolíticos e hipnóticos.

Análisis de la dispensación de medicación en terapia de deshabituación tabáquica, anterior y posterior a la ley antitabaco de 28/2005

Ardavín E, Allegue M, Eirin P, Rodríguez M

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo supone un grave problema social y de salud pública; el 1 de enero de 2006 entró en vigor la nueva ley antitabaco de 26 de diciembre con el fin de reducir una epidemia de esta magnitud; limitando el consumo y la venta de tabaco. **OBJETIVOS:** Hacer un estudio comparativo de la dispensación de medicación utilizada en terapia de deshabituación tabáquica antes y después de la entrada en vigor de la «ley antitabaco». Comparamos la dispensación del primer semestre de 2005 con el primer semestre de 2006. **MÉTODO:** Se elaboró una hoja de recogida de datos y se hizo llegar a 76 farmacias de las Comunidad Gallega, variando el ámbito: rural, semiurbano y urbano. De ellas remitieron cumplimentada la hoja, 50 farmacias y los datos se procesaron mediante Excel. **RESULTADOS:** Se comprobó que la dispensación aumentó en 2006 un 11,29%. Los parches de nicotina han experimentado un incremento en la dispensación de un 61%. Los

chicles de nicotina han sufrido una disminución en la dispensación del -7%. Los comprimidos no han experimentado modificación: 35 unidades en 2005 e igual cantidad 35 en 2006. La dispensación de bupropión se ha incrementado en un 25,29%. COMENTARIO: Tras la entrada en vigor de la ley se observa que el aumento en la dispensación, en general, no se ha visto incrementada en proporción a la dureza de la «ley antitabaco» lo que nos lleva a pensar que la aplicación de la ley no es estricta pero además, el mayor aumento porcentual tiene lugar en los parches y bupropión. El mayor aumento en los parches se da en los que llevan mayor concentración, esto quiere decir que el mayor número de pacientes que han intentado dejar de fumar son los que fumaban más de 20-30 cigarrillos al día. Esto se corrobora también con el aumento en la dispensación de bupropión. CONCLUSIÓN: La dispensación ha aumentado sin embargo, teniendo en cuenta la repercusión social y en medios de comunicación, creemos que ha sido bajo el número de fumadores que utilizan sustitutivos de nicotina para intentar dejar o disminuir su adicción. También se podido constatar que son las personas con una mayor dependencia nicotínica las que recurrieron a esta terapia para intentar dejar de fumar.

Intervenciones farmacéuticas relacionadas con la gripe y el resfriado. Análisis de los procesos de consulta y dispensación

Armendáriz E, Godino M, Pérez MP, Ardanaz MP, Viamonte A, Viñas MJ

INTRODUCCIÓN: El Programa de Atención Farmacéutica del COF de Navarra, implantado desde el año 2002, permite seleccionar por grupos terapéuticos los medicamentos implicados en las intervenciones farmacéuticas. Los procesos gripales y resfriados son motivo frecuente de consulta y demanda de medicamentos y se ven implicados en numerosas intervenciones. OBJETIVOS: 1. Analizar la actuación farmacéutica en las intervenciones relacionadas con el resfriado y la gripe; 2. Analizar el uso de los medicamentos implicados en estos procesos, los problemas relacionados y sus causas. MATERIAL Y MÉTODOS: Los farmacéuticos participantes registran su actuación en las Hojas de Intervención Farmacéutica. Éstas se envían al CIM, donde se introducen en una base de datos Access, para su revisión y análisis. Los datos analizados corresponden al período mayo 2002-marzo 2006. Por la variedad de los síntomas que pueden presentarse en estos procesos, hay diferentes grupos de medicamentos implicados en su tratamiento. Se han seleccionado los antigripales, descongestivos, antitusígenos y mucolíticos. RESULTADOS: De las intervenciones analizadas, el mayor número corresponden al grupo de los antigripales (R05X), seguido de antitusígenos, descongestivos y mucolíticos. El 51,7% de las intervenciones se han realizado en el proceso de Consulta y el resto en el de Dispensación. En el 26% de las intervenciones no se registraron problemas relacionados con medicamentos. Fue el farmacéutico quien seleccionó los medicamentos más adecuados, siendo las intervenciones aceptadas con resultado positivo, aunque ninguna, se acompañó de educación sanitaria. En el resto de las intervenciones (74%) se actuó sobre problemas relacionados con medicamentos. Los problemas de inseguridad han supuesto el 63% del total. El 20% del total son de necesidad, destacando que 3 de cada 4 se deben a los antigripales. El 17% del total son de efectividad. Cabe señalar que los problemas de seguridad han sido elevados en todos los grupos implicados, destacando que prácticamente todos los problemas registrados con los descongestivos han sido de inseguridad (90%) y un 70% de los registrados con antitusígenos. CONCLUSIONES: 1. La escasa o nula educación sanitaria ofrecida en el proceso de Consulta, señala la ne-

cesidad de potenciar esta faceta en las intervenciones farmacéuticas; 2. El hecho de que en 3 de cada 4 solicitudes de un antigripal con marca comercial, el farmacéutico haya considerado que no era necesario, refleja la influencia publicitaria en la mayoría de las peticiones; 3. El alto porcentaje de problemas de inseguridad evitables con descongestivos y antitusígenos indica la necesidad de insistir en el uso correcto de estos fármacos.

Causas de incumplimiento de los pacientes que acuden a una farmacia comunitaria de Granada

Bueno-Gómez M, Barrionuevo Sancho MD, García-Jiménez E, Fikri Benbrahim N, González-García L, López Domínguez E

OBJETIVOS: 1. Conocer si los pacientes que acuden a una oficina de farmacia de Granada, incumplen el tratamiento terapéutico; 2. Describir el incumplimiento en función del perfil del paciente; 3. Determinar la causa de incumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico. MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo, transversal. La población de estudio fueron los pacientes mayores de 12 años y sin ninguna dificultad cognitiva, que acudieron a la farmacia Sancho de Mesa de Granada, durante el mes de septiembre del año 2005. La farmacia midió el cumplimiento mediante el cuestionario Morisky-Green. A los pacientes incumplidores, se les pasó un segundo cuestionario preparado *ad hoc* para determinar todas las causas de incumplimiento manifestadas por los pacientes. RESULTADOS: Participaron y concluyeron el estudio 139 pacientes. De ellos, el 77,7% incumplían el tratamiento. Del total de los pacientes incumplidores, el 62% eran mujeres y el resto hombres, con una mayoría de rango de edad comprendido entre 19 y 45 años (76%) y el 64,8% tenían un nivel cultural medio. Las causas de incumplimiento estuvieron relacionadas con: 1. El problema de salud (82,3%), siendo la percepción de mejoría del problema de salud por los pacientes el principal motivo de incumplimiento (80,5%); 2. El paciente (93,4%), siendo el 27,7% por olvidar la toma, el 39,8% por temer a los efectos secundarios y el 25,9% por desconfiar del medicamento. DISCUSIÓN: En vista de este alto porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento, el farmacéutico debería intervenir desde su oficina de farmacia, empleando actividades dirigidas a disminuirlo, producir un cambio de actitud en los pacientes, por ejemplo a través de métodos de educación. CONCLUSIONES: 1. Existe un alto porcentaje de pacientes que no cumplen con su tratamiento (77,7%); 2. Existe un mayor porcentaje de mujeres incumplidoras que de hombres (62 y 38%, respectivamente); 3. La mayoría de los pacientes incumplidores están incluidos en un rango de edad comprendido entre 19 y 45 años (76%); 4. El nivel cultural alto condiciona un mejor cumplimiento farmacoterapéutico por los pacientes; 5. La principal causa de incumplimiento está relacionada con una percepción de mejoría del problema de salud de los pacientes, siendo el porcentaje del 80,5%.

Selección de fármacos antigripales en pacientes crónicos

Campos J, Carrillo S, Cascajo N, Martín MJ, Sánchez M, García-Delgado A

INTRODUCCIÓN: La gripe y el resfriado son enfermedades autolimitadas que se tratan habitualmente con especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP). El farmacéutico comunitario, ejerciendo su labor profesional, debe hacer una indicación adecuada en el marco de la dispensación activa, interrogando al paciente sobre otras enfermedades o situaciones especiales y me-

dicamentos que utilice, ya que las EFP no están exentas de riesgo. Es importante que el farmacéutico disponga de herramientas sencillas que permitan realizar esta labor en el mostrador de manera ágil, sin acudir a bibliografía que enlentezca el acto de dispensación. OBJETIVOS: Conocer los principios activos utilizados en las especialidades antigripales seleccionando los más adecuados para cada paciente que padezca enfermedad crónica o se encuentre en situación fisiológica especial. Realizar un cuadro resumen que ayude al farmacéutico a decidir cual es la especialidad antigripal más idónea para dicho paciente. MÉTODO: Revisión bibliográfica sistemática. Estudio fisiopatológico de gripe y resfriado. Estudio fisiopatológico de las enfermedades crónicas más prevalentes y estados fisiológicos especiales. Estudio farmacológico de los principios activos incluidos en las EFP del grupo terapéutico ATC R05X. Análisis objetivo sobre la idoneidad del uso de anticatarrales/antigripales de venta libre en función de enfermedades crónicas de base ya citadas anteriormente que se refleja en un cuadro práctico, claro y de fácil manejo para el farmacéutico. RESULTADOS: Se observan múltiples interacciones entre los principios activos de los combinados antigripales y la medicación habitual de los pacientes crónicos, así como contraindicaciones para el uso de algunos de estos fármacos en presencia de determinadas enfermedades crónicas y situaciones fisiológicas como embarazo o lactancia, ya que puede dar lugar a graves problemas de salud. El cuadro resumen realizado es una herramienta que permite al farmacéutico conocer, de manera rápida y en el propio mostrador, mediante colores (rojo, amarillo o verde) si la especialidad que va a dispensar interfiere de algún modo con las patologías que sufre el paciente. CONCLUSIONES: La intervención del farmacéutico es fundamental para la indicación, dispensación y prevención de PRM relacionados con las EFP en general y con los fármacos antigripales en particular. Es muy importante que el farmacéutico base la dispensación en el estudio previo de los problemas de salud y medicamentos que utiliza el paciente, contrarrestando las campañas publicitarias que muestran los medicamentos EFP como productos inocuos. El cuadro diseñado en este trabajo puede facilitar la labor del farmacéutico en este sentido.

Análisis de la utilización de benzodiazepinas en el medio rural

Carranza Caricol F

INTRODUCCIÓN: Las benzodiazepinas son fármacos utilizados fundamentalmente para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del insomnio, aunque también tienen otras indicaciones. Se trata de fármacos bien considerados por la comunidad médica; sin embargo, existen problemas derivados de su uso, principalmente la farmacodependencia a los mismos originada por su uso continuado y/o dosis altas. Desde el punto de vista farmacocinético se clasifica en tres grandes grupos: de acción corta, intermedia y prolongada, lo que se aprovecha para su indicación en diferentes circunstancias clínicas. El uso de estos fármacos es objeto de estudios frecuentes, generalmente realizados a partir de información procedente de bases de datos de consumo de medicamentos. Este trabajo está basado en la información facilitada en la farmacia por los propios pacientes usuarios de benzodiazepinas, según su propia percepción, por lo que se esperan resultados más ajustados a la realidad. OBJETIVOS: Conocer: 1. Qué proporción de la población estudiada está tratada con benzodiazepinas, 2. Cuáles son las más utilizadas; 3. Sobre quién recae principalmente la prescripción; 4. Qué grado de cumplimiento se da con el tratamiento benzodiazepínico; 5. Efectividad del tratamiento desde el punto de vista del paciente; 6. En qué medida se produce farmacodependencia a estos medicamentos. MÉTODOS: El estudio se realizó en 9 localidades de la provincia de Badajoz; 8 de ellas con una sola oficina de farmacia y una con un botiquín. La suma de habitantes de todas

ellas ascendió a 5.185. Se identificaron a través del Libro Recetario todos los pacientes que estaban tratados con benzodiazepinas y durante el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2004 al 30 de mayo de 2005 se trató de contactar con estos pacientes o con sus cuidadores. A los que accedieron a ser entrevistados se les formularon las siguientes preguntas: sexo, edad, nombre del medicamento que estaban tomando, tiempo que lleva con el tratamiento, para qué cree que se lo recetó el médico, qué médico, cómo lo toma, cómo le dijo el médico que lo tomara, si le va bien y, por último, si cree que puede prescindir en cualquier momento del medicamento. RESULTADOS: Se identificaron 298 pacientes en tratamiento con benzodiazepinas que suponen el 5,75% de la población total de referencia: mujeres 216 (72,48%) y hombres 82 (27,52%). De ellos, pudieron ser entrevistados, 242 (81,21%). En cuanto a la distribución por edad: 2 (0,67%) son menores de 20 años, 35 (11,75%) son de entre 20 y 40 años, 112 (37,58%), son de entre 41 y 65 años y 149 (50,01%) son mayores de 65 años. Las benzodiazepinas más prescritas son: alprazolam (31,88%), lorazepam (23,82%), clorazepato dipotásico (10,74%), bromazepam (10,40%) y diazepam (10,07%). Predominan las de acción corta con un 61,42% (183). La primera prescripción proviene de la Atención Primaria en 164 casos (66,67%). Se observa una alta adherencia al tratamiento: sólo en 19 casos (7,72%) los pacientes no siguen la pauta posológica prescrita por su médico. La percepción que tienen los pacientes acerca del tratamiento es que les va bien en 239 casos (97,15%). En 151 casos (62,14%) los pacientes manifiestan no poder prescindir de estos medicamentos. En 34 casos (13,99%) la duración de los tratamientos es inferior a 12 meses. CONCLUSIONES: 1. El 5,75% de la población estudiada consume benzodiazepinas. Aproximadamente 3 de cada 4 pacientes son mujeres. La mitad son mayores de 65 años; 2. El 61,92% de las benzodiazepinas utilizadas son de acción corta, siendo las más prescritas el alprazolam (31,46%) y el lorazepam (23,51%); 3. La mayoría de las prescripciones (66,67%) provienen

Población de estudio	%	
Nº Farmacias que realizaron el estudio:	8	
Localidades: Montemolín (889 hab.), Santa María de Nava (232 hab.), Calera de León (1.094 hab.), Entrín Bajo (572 hab.), Valencia de las Torres (703), Puebla del Prior (541 hab.), Hinojosa del Valle (547), Reina (197 hab.) y La Lapa (310 hab.).	9	
Nº total de habitantes:	5.185	
Nº pacientes tratados con benzodiazepinas	298	5,75
Nº de entrevistas	242	81,20

Distribución por sexo	%	
Hombres	82	27,52
Mujeres	216	72,48

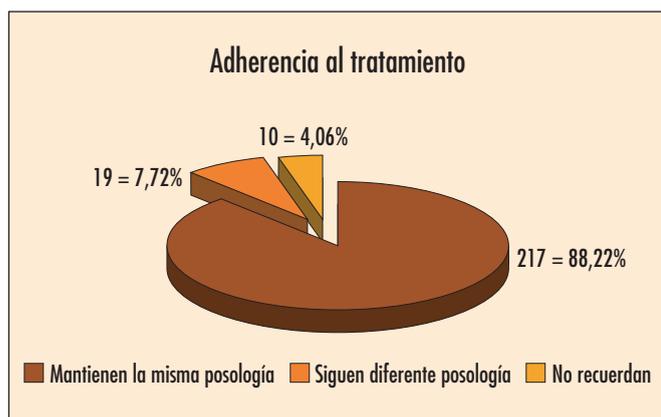
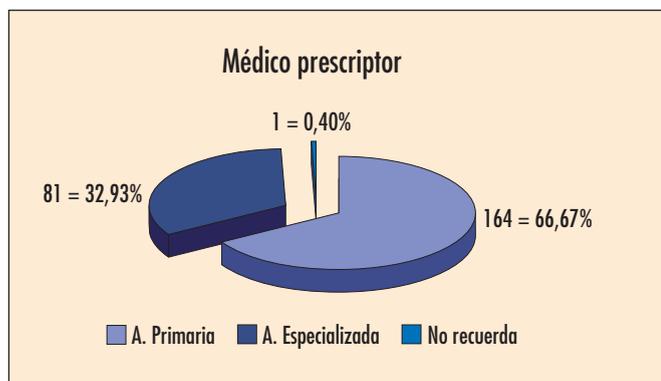
Distribución por edad	%	
Menor de 20 años	2	0,67
De 20 a 40 años	35	11,75
De 41 a 65 años	112	37,58
Mayor de 65 años	149	50,01

	Tipo de benzodiazepina		%
Acción Prolongada	Halazepam	4	1,34
	Diazepam	30	10,07
	Clorazepato dipotásico	32	10,74
	Flurazepam	1	0,33
	Ketazolam	5	1,62
	Clobazam	2	0,70
	Clonazepam	4	1,34
	Medazepam	2	0,70
	Total BZD Acción prolongada	80	26,84
Acción Intermedia	Pinazepam	4	1,34
	Bromazepam	31	10,40
	Total BZD Acción intermedia	35	11,74
Acción Corta	Alprazolam	95	31,88
	Lorazepam	71	23,82
	Lormetazepam	15	5,04
	Loprazolam	1	0,34
	Bentazepam	1	0,34
	Total BZD Acción corta	183	61,42



Duración del tratamiento	¿Puede prescindir del medicamento?		
	Sí	No	No sabe
Más de 5 años	12	45	7
Entre 1 y 5 años	26	72	13
Entre 6 y 12 meses	2	17	7
Menos de 6 meses	9	17	16
Totales	49 (20,16%)	151 (62,14%)	43 (17,70%)

de la Atención Primaria; 4. Se observa en la población estudiada (88,22%) un alto nivel de adherencia al tratamiento con benzodiazepinas; 5. La inmensa mayoría de los pacientes (97,15%) manifiesta estar satisfecha con el tratamiento; 6. Se detecta un alto grado de dependencia a las benzodiazepinas en la población estudiada (62,14%), siendo el 13,99% los pacientes con tratamiento inferior a 12 meses.



Planificación de los servicios de atención farmacéutica para los pacientes mayores en una farmacia comunitaria

Cobián Rodríguez B, Lourés Vázquez P

INTRODUCCIÓN: La gestión de la atención farmacéutica requiere del conocimiento de las necesidades relacionadas con medicamentos que presentan los pacientes que acuden a la farmacia comunitaria. De entre estos pacientes, los enfermos crónicos, mayores de 65 años y polimedificados han sido un grupo señalado como de alto riesgo de presentar PRM. **OBJETIVOS:** Conocer las características del paciente mayor que acude a una farmacia comunitaria y sus necesidades relacionadas con medicamentos para planificar los servicios de atención farmacéutica que se le deberían ofertar. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo en una farmacia comunitaria durante el mes de junio de 2006. En ese periodo se identificaron todos los pacientes mayores de 65 años a los que se dispensaron medicamentos con receta. Se utilizaron estas recetas para conocer: edad (se consideraron los nacidos antes de 1941), sexo, número de recetas por paciente (se consideraron las dispensadas a cada paciente en el mes de estudio) y medicamentos dispensados pertenecientes a los siguientes grupos: antihipertensivos (C02, C03, C07, C08, C09); antidiabéticos (A10); antiasmáticos/EPOC (R03); terapia cardiaca y anticoagu-

lantes (B01, C01); analgésicos (M01, M02, N02); antibióticos (D06A, G01); antidepresivos/ansiolíticos (N05, N06) y protectores gástricos (A02B), de la clasificación anatómica, terapéutica y química de medicamentos (ATC). Se comprobó cuáles de estos pacientes tenían ficha de registro de la medicación o estaban en el programa de seguimiento farmacoterapéutico de la farmacia. RESULTADOS: Se registraron 247 pacientes mayores de 65 años. El 38,5% hombres y el 61,5% mujeres. La edad media fue de 75 años y el número medio de medicamentos por paciente de 6,5. Se dispensaron medicamentos antihipertensivos al 51,5% de los pacientes, analgésicos al 39,7%, antidepresivos/ansiolíticos al 36,8%, medicamentos para tratamiento de cardiopatías al 35,2%, protectores gástricos al 25,1%, antibióticos al 13,7%, anti-diabéticos al 12,6% y antiasmáticos/tratamiento de EPOC al 7,3%. El 15,4% de los pacientes estaban en el programa de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) y el 68,8% tenía una ficha de registro de medicación, como todos los enfermos crónicos que acuden habitualmente a la farmacia. Los pacientes polimedicados (110) representaron el 44,5% del total, de los que el 34,5% (38) estaba en el programa de SFT y el 89% (98) tenía una ficha de registro de la medicación. CONCLUSIONES: Hay 98 pacientes mayores de 65 años, enfermos crónicos, polimedicados y que acuden regularmente a esta farmacia, a todos ellos deberíamos poder ofertar el servicio de SFT dado el alto riesgo de PRM que presentan. La hipertensión afecta a más de la mitad de los mayores que utilizan nuestros servicios, la educación sanitaria en esta patología deberemos considerarla preferente.

Valoración por los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Ourense de los obstáculos en la implantación de la atención farmacéutica

Da-Cunha Babarro A, Rivas García N

OBJETIVO: En este estudio, realizado por el Colexio Oficial de Farmacéuticos de Ourense (COF Ourense), se ha tratado de valorar la opinión de los farmacéuticos comunitarios (Fc) sobre la Atención Farmacéutica (AF), con el objetivo de evaluar cuáles son los principales factores sobre los que se debe incidir para conseguir una óptima realización de este servicio. MATERIAL Y MÉTODOS: Se envió una encuesta de valoración a todos los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Ourense. Dicha encuesta está constituida por siete apartados a valorar del 1 al 5 según el grado de satisfacción o acuerdo. En dichos apartados se valoran cuestiones tales como, cuál es la opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre que la atención farmacéutica esté remunerada, si es un servicio valorado por el usuario de la oficina, si se necesita una formación importante y si el COF Ourense participa activamente en la difusión de la misma. Ya por último el farmacéutico emitió su opinión sobre el grado de implicación del médico en la AF, así como el de la Administración Sanitaria. RESULTADOS: 1. El 64,4% de los Fc opinaron que la AF debe ser un servicio remunerado; el porcentaje desciende hasta el 59,5% en farmacéuticos no-titulares; 2. El 81,8% de los Fc considera la falta de tiempo un grave inconveniente para la práctica de la AF; 3. Prácticamente la totalidad de los Fc (94,2%) considera que para hacer AF es requisito imprescindible una formación importante; 4. Al apartado de si la AF es un servicio valorado por el usuario, el 69,5% de los encuestados está de acuerdo; 5. El 66,6% de los Fc consideran adecuada la difusión que el COF Ourense realiza en el desarrollo de la AF disminuyendo al 64% en el caso de farmacéuticos no titulares; 6. La NO implicación del médico en la AF está respaldada por el 75% de los encuestados, alcanzando el 78% en el caso de los farmacéuticos titulares; 7. La abulia de la Administración Sanitaria en cuanto a la potenciación de la AF está valorada en un 63,7% de los Fc.

Grado de conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad. Descripción del diabético que acude a la farmacia comunitaria

De la Matta Martín MJ, López López I, Rodríguez Rodríguez S, Rodríguez LC, Valdés Leal FJ

OBJETIVOS: Averiguar el grado de conocimiento que los pacientes diabéticos que acuden a la farmacia comunitaria tienen de su enfermedad, así como describir posibles factores de riesgo de padecer síndrome metabólico entre estos pacientes. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo realizado en 4 farmacias de Sevilla capital en el período de un mes (mayo 2006), durante el cual se ofreció participar a todo paciente que acudía a la farmacia a retirar medicación anti-diabética prescrita por el médico. Para la obtención de datos se elaboró un cuestionario basado en preguntas que miden el grado de conocimiento del paciente, así como parámetros relacionados con el síndrome metabólico. RESULTADOS: Se registraron un total de 56 pacientes, siendo en su mayoría mujeres (67,85%) de edades comprendidas entre 45 y 65 años (46,43%). En un 62,50% de los casos la diabetes ya llevaba más de 5 años de evolución, frente a un 5,35% al que la enfermedad se le diagnosticó en el último año. Un 53,57% de los pacientes presentó un índice de masa corporal (IMC) correspondiente a obesidad tipo I (30-34,9); por su parte, sólo un 14,28% presentó IMC de normopeso (20-24,9). El 75% del total padece, además, hipertensión arterial, presentando valores de presión arterial sistólica por encima de 160 mmHg en un 12,50% de los casos. Un 64,28% de los pacientes reconoce además recibir tratamiento con algún hipolipemiente. El 80% de los pacientes describe algún factor de riesgo cardiovascular y el 42,85% padece patologías osteoarticulares. Sólo un 3,57% reconoce seguir algún tratamiento complementario para tratar la diabetes con plantas medicinales. En cuanto a la realización de ejercicio físico, el 55,35% reconoce que, al menos, anda una hora diaria o acude a gimnasios, mientras que un 44,65% no realiza ejercicio alguno. El 75% de los pacientes reconoce no realizar una dieta específica para el control de la enfermedad. Respecto al grado de conocimiento que el paciente tiene del glucómetro, el 85,71% conoce su manejo y realiza controles de glucemia en casa., sin embargo, un 40% no conoce para qué sirve la prueba de hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}). CONCLUSIONES: Existe un alto grado de desconocimiento de la enfermedad entre los pacientes diabéticos. Se detectan posibles factores de riesgo de padecer, además, síndrome metabólico en un alto porcentaje de los pacientes diabéticos.

Proyecto de coordinación entre atención primaria y farmacia comunitaria en el área de salud de Sevilla este

Ferrer López I, Cámara Mestres M, García Martínez L, Gordillo Rueda ME

INTRODUCCIÓN: Tanto la farmacia comunitaria como el sistema de salud tienen un objetivo en común: el paciente. En vista de que todos trabajan para él es necesario establecer vías de comunicación rápidas y hacer extensibles a todos la misma información evitando perjuicios para él mismo. OBJETIVO: 1. Conocer las relaciones y puntos discordantes entre farmacia comunitaria y atención primaria hasta mayo del 2005; 2. Establecer un sistema de comunicación e integración de las farmacias comunitarias dentro del área de salud

de Osuna (compuesto por 2 hospitales, 7 zonas básicas de salud, 36 centros de salud, 56 farmacias comunitarias, 150 médicos y una población base de 163.348 habitantes). MÉTODO: Estudio observacional descriptivo evaluado mediante cuestionarios administrados a farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria. Estudio cuasiexperimental con intervenciones dirigidas a la integración de la farmacia comunitaria en sus centros de salud de referencia. RESULTADOS: La relación entre farmacias y médicos de atención primaria a mayo de 2005 era prácticamente inexistente detectando puntos de discordancia producidos por falta de información por ambas partes. A partir del análisis se ha establecido un proyecto de integración que incluye: 1. Envío mensual de información de interés conjuntamente con alertas sanitarias; 2. Reunión anual en el hospital de referencia entre la coordinadora de farmacia y farmacéuticos titulares para comentar objetivos de ese año; 3. Trabajo en una residencia de ancianos realizando unidos y seguimiento farmacoterapéutico con farmacéuticos comunitarios; 4. Reuniones a demanda entre farmacéuticos y médicos de determinados centros para tratar formación, incidencias y marcha de diversos programas como receta electrónica, SFT en residencia...; 5. Teléfono abierto para notificar incidencias al farmacéutico de atención primaria sirviendo este de enlace para aclarar y resolver cualquier tipo de problema que involucre a paciente, farmacia y centro de salud evitando malos entendidos; 6. Programa de formación conjunta para el 2007 por los distintos centros de salud a médicos y farmacéuticos. CONCLUSIÓN: A corto plazo el flujo de información entre profesionales de la salud y el hecho de que exista una figura de enlace mejora el entendimiento entre los distintos sectores repercutiendo en la disminución de incidencias que involucran al paciente.

Seguimiento en oficinas de farmacia del patrón de utilización de los triptanes (Agonistas 5-HT_{1B/1D})

García Caudevilla M, Higuera Aranda MI, Navarro Pemán C

INTRODUCCIÓN: Los triptanes, grupo de reciente introducción en el mercado y por lo tanto, del cual no se conoce con exactitud su perfil de seguridad ni su uso real, constituyen el primer tratamiento realmente específico para la crisis aguda de migraña, patología de gran impacto laboral y social. OBJETIVO: Evaluar el perfil de utilización y seguridad de los triptanes. MÉTODO: Estudio postautorización observacional de seguimiento prospectivo (CFV-ALM-2005-01). Periodo de inclusión: mayo-noviembre de 2005. Población a estudio: pacientes, mayores de 18 años, que tras la prescripción de cualquier triptán acuden a la oficina de farmacia para iniciar o continuar su tratamiento. Variables registradas: sexo, edad, datos del tratamiento, acontecimientos ligados a la prescripción (ALP), cumplimiento y valoración subjetiva por parte del paciente de los medicamentos a estudio. RESULTADOS: Oficinas de farmacia participantes: 29. Pacientes incluidos: 108. Edad media: 46,31 ± 11,8 años (mayores de 65 años: 8). El 90,7% mujeres. Fármacos más prescritos: zolmitriptán (36,1%), rizatriptán (31,4) y almotriptán (12,9%). El origen de la prescripción fue en un 57,9% neurología. Las pautas posológicas prescritas se ajustaban a las recomendadas. La vía de administración es oral en el 88,9%. Diez pacientes no tenían diagnóstico de migraña. Nueve padecían hipertensión (leve y en tratamiento). Medicación concomitante contraindicada: 3 casos. Se presentaron ALP en un 66 % de los pacientes, la mayoría leves (94,3%) y considerados como aceptables por los pacientes (85,9%). El más frecuente fue somnolencia, seguido de sequedad de boca, astenia, debilidad, opresión torácica, pesadez de piernas, náuseas, tensión en la garganta y mareo. La propia migraña u otra medicación concomitante son explicación alternativa del ALP en 9 ocasiones. El cumplimiento fue bueno en el 89,8%. Un 5,6% de los pacientes no seguía la pauta prescrita. Abandono de trata-

miento: 7,6%. Dificultades con la forma de administración: 3,8%. Alivio rápido del dolor: 73,6%. Rebrote del dolor 55,2%. Necesita añadir menos medicamentos para el dolor: 55,3%. Tiene menos ataques de migraña. 44,7%. Pierde menos días de trabajo: 48,5%. Los ataques son menos fuertes: 45,6%. Los ataques duran menos: 57,35%. Tiene menos síntomas asociados: 63,1%. Valora este grupo de fármacos como mejor que otros tratamientos previos para la migraña: 75%. El 68,5% de los pacientes que había utilizado previamente otro triptán, consideraba mejor el utilizado actualmente. DISCUSIÓN: El gran predominio de mujeres en el estudio parece lógica, dada la mayor prevalencia de la migraña en la población femenina. Se ha detectado la utilización en edades o patologías no recomendadas (más de 65 años, migraña basilar, pacientes sin diagnóstico de migraña). Sorprende la baja utilización de la vía nasal, a pesar de sus aparentes ventajas. La realización de este estudio ha permitido la intervención en aquellos casos en que los pacientes incumplían la posología correcta prescrita o utilizaban medicación concomitante contraindicada (ergotamínicos, otro triptán). La mayoría de las reacciones detectadas son leves y acordes con el perfil de seguridad que consta en las respectivas fichas técnicas. Son fármacos bien valorados por los pacientes y se aproximan, en más de la mitad de los casos, a su percepción de lo que debe conseguir un antimigrañoso (alivio rápido del dolor, menor duración del ataque, menos síntomas asociados y necesidad de añadir menos medicamentos para el dolor). Un porcentaje nada desdeñable de pacientes cambia de triptán y lo considera como mejor a los utilizados con anterioridad.

Lista de correo «atención farmacéutica»: medio de relación interprofesional

García Solans JR, Ricarte Fillola S, del Río Pérez P

La lista de correo Atención Farmacéutica [AF] (www.uninet.edu/af) ha alcanzado más de 900 suscriptores, profesionales inquietos de la farmacia comunitaria la mayor parte de ellos, aunque también acoge a médicos, farmacéuticos de hospital, de la Administración... Es un punto de encuentro diario para todos ellos, en el cual se resuelven casos clínicos, dudas acerca de formulación magistral, manipulación, conservación y dispensación de fármacos, seguimiento farmacoterapéutico. Es también el medio más ágil de los disponibles para la difusión de alertas sanitarias, cursos, convocatorias y becas. Para gran parte de los suscriptores, abrir el correo se ha vuelto tan natural como abrir la reja de la farmacia, con la ilusión de ver «qué me trae hoy la lista». A través del correo electrónico se produce una relación entre profesionales dispersos por todo el mundo, unidos en su forma de entender el trabajo del farmacéutico del siglo XXI: la Atención Farmacéutica.

Análisis del efecto de la indicación farmacéutica en la dispensación de vitaminas

Gómez J, del Campo R, del Río L, Morante MP, Panadero H, Sierra A

INTRODUCCIÓN: Las vitaminas son definidas como micronutrientes esenciales para el correcto funcionamiento de nuestro organismo. En base a la importancia de una buena formación en esta área, desde enero hasta septiembre se ha realizado un curso, acreditado por la Comisión de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud con 5,6 créditos, sobre Vitaminas con realización de talleres prácticos. Como consecuencia del mismo, farmacéuticos de 9

comunidades autónomas decidimos efectuar un seguimiento durante el mes de Julio sobre el uso de vitaminas, aplicando los conocimientos adquiridos y haciendo énfasis en la dispensación activa de este tipo de productos. No cabe duda de que el farmacéutico, como agente de salud más próximo en el manejo de las vitaminas, puede conseguir que el uso de las mismas por parte de la población sea lo más efectiva posible para obtener un resultado satisfactorio, huyendo del consumo inadecuado y de la automedicación. OBJETIVOS: Valorar el grado de aplicación de la dispensación activa por parte del farmacéutico sobre la población que solicita o necesita algún tipo de vitaminas en una oficina de farmacia. MÉTODOS: Encuesta realizada durante el mes de julio basada en una población de clientes (n= 366) atendidos en 15 farmacias de ámbito nacional. La información acerca de los clientes se recogió en las propias farmacias y se midió el grado de aceptación de la indicación dispensada por el farmacéutico. RESULTADOS: 15 farmacias españolas de 9 CCAA distintas, reclutaron a 366 clientes. La mayoría de los encuestados eran adultos entre 18 y 65 años (78.3%) y el 61.8% del total mujeres. El 52,1% de los pacientes no tomaba vitaminas en el momento de la intervención farmacéutica. El 43,9% de las dispensaciones fue decisión del farmacéutico siendo la astenia, cansancio y convalecencia las indicaciones con mayor prevalencia (36,3%) y el complejo vitamínico (55,0%) el tipo de producto más dispensado. CONCLUSIONES: La dispensación activa de vitaminas en una oficina de farmacia era un objetivo prioritario del presente estudio alcanzándose en el 80,3% de las dispensaciones. Estos datos destacan el papel relevante del farmacéutico en la toma de decisiones sobre el uso de las vitaminas, más aún teniendo en cuenta que en el 47,9% de los casos la persona no estaba tomando vitaminas en el momento de la dispensación.

Indicación farmacéutica vs automedicación en una oficina de farmacia de Vigo

Gómez Mariño P, Rodríguez Castro E, Touriño Baliña E

INTRODUCCIÓN: Entre las responsabilidades del farmacéutico en relación con el tratamiento farmacológico está proporcionar información a los pacientes y aconsejarles sobre la selección y uso de medicamentos en los llamados síntomas menores. Asimismo, dada la alta incidencia de automedicación, conocer el papel del farmacéutico en la satisfacción de esta demanda nos proporciona datos de gran calidad. OBJETIVOS: 1. En los casos de indicación farmacéutica: comparativa con el que pide consejo farmacéutico; valorar la calidad de la información proporcionada y la efectividad de nuestro consejo; 2. Cuando se solicita medicación concreta: conocer la causa de solicitud de un compuesto determinado; Saber si el paciente realiza una «automedicación responsable». MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal en una farmacia comunitaria de Vigo. Se registraron todas las solicitudes de medicamentos que no precisan receta médica así como las de indicación farmacéutica realizadas durante 2 periodos de 1 mes de invierno (15 de febrero-15 de marzo) y otro de primavera (18 de mayo-18 de junio) de 2006. En los casos de indicación: se realiza una batería de preguntas para identificar los casos de remisión al médico según los protocolos elaborados para tal fin; se entrega un folleto informativo con: indicación, pauta, duración e indicaciones concretas del compuesto; se llama en una semana para evaluar la efectividad del tratamiento; en los casos de automedicación se realiza una encuesta respecto al compuesto demandado. RESULTADOS: Entre las solicitudes, el 64,25% son de automedicación y el 35,75% de indicación farmacéutica existiendo mayor demanda de automedicación en primavera (74,30%) que en invierno (52,69%). Los medicamentos más dispensados son antigripales y analgésicos, tanto en automedicación (23,73 y 27,63%, respectivamente) como en indicación (23,08

y 19,58%), mayoritariamente EFP. Los síntomas más consultados son congestión nasal (20,87%), dolor de garganta (9,71%) y tos seca (9,71%). La automedicación se usa especialmente para dolor de cabeza (16,27%), congestión nasal (12,80%) y dolor muscular (7,47%). En indicación, el 91,61% de los pacientes no ha tenido dudas sobre la información proporcionada, el 77,62% mejoró sus síntomas, el 6,29% necesitó acudir al médico y el 3,50% empeoró. En automedicación, en el 14,74% de los casos el medicamento elegido no es adecuado, entre ellos el 65,79% son antigripales.

Dispensación de insulinas en farmacias comunitarias de Ferrolterra

Lage Piñón M, Filgueira Camaniel C, Duarte Vázquez T, Torres Leza MJ, Barreiro Garrido P, Beceiro García N

OBJETIVOS: Evaluar el grado de conocimiento de los dispositivos para la administración de insulina y su manejo en los usuarios de farmacias comunitarias. Suministrar información sobre los dispositivos y su uso correcto. MATERIAL: Hoja de recogida de datos, díptico informativo sobre manejo de dispositivos de insulina y dispositivos placebo. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal llevado a cabo en 12 farmacias, urbanas y rurales, del área de Ferrolterra, durante el periodo de enero a junio de 2006. La muestra está constituida por los usuarios de dichas farmacias que solicitaron insulinas y accedieron a participar en el estudio. RESULTADOS: Se realizaron 131 cuestionarios a otros tantos pacientes de los que 71 eran varones y 60 mujeres, con una edad media de 62,36 años. Entre ellos, 46 eran diabéticos tipo 1 y 85 diabéticos tipo 2. Los resultados obtenidos son los siguientes: 1. El 41,22% de pacientes purgan la aguja antes de cada inyección de insulina; 2. El 47,32% de pacientes cambian la aguja diariamente; 3. El 92,36% de pacientes rotan el lugar de inyección con la frecuencia adecuada; 4. El 54,19% de pacientes conservan la insulina en uso fuera de la nevera; 5. Sólo un 14,50% de pacientes desecha los residuos en un contenedor adecuado. CONCLUSIONES: 1. No se han mostrado diferencias significativas en los resultados obtenidos en farmacias del medio rural y urbano; 2. A mayor edad de los pacientes, mayor dificultad para el uso correcto de los dispositivos; 3. Los pacientes que, en general, realizaban mejor toda la técnica eran los que habían recibido educación previa en asociaciones; 4. Hemos observado que tras el estudio, los sujetos que participaron en él, acuden a la farmacia a desechar los dispositivos y las agujas en el sigre y contenedores respectivamente, después de su uso; 5. La acogida por parte de los sujetos participantes en el estudio ha sido muy buena, mostrándose muy agradecidos por la información recibida y muy motivados para corregir aquellos aspectos que no realizaban adecuadamente; 6. Mediante la realización de este trabajo, hemos adoptado un protocolo de dispensación de insulinas que nos permite evitar y, en su caso, resolver problemas que los pacientes puedan tener en el manejo de las mismas.

El farmacéutico y el equipo de salud: nuevo paradigma de relaciones interprofesionales

López Guzmán J

INTRODUCCIÓN: La labor de los distintos agentes sanitarios está dirigida al bien del paciente, principalmente a la prevención y curación de enfermedades. Las relaciones entre los profesionales de la salud no siempre han estado bien definidas, lo que ha dado lugar a discrepancias entre ellos, con el consiguiente perjuicio de los pacientes. De ahí, que se presente como un reto la

verdadera integración de todos los agentes que tienen a su cargo el cuidado de la salud, en un auténtico equipo en el que sus conocimientos y habilidades se complementen de forma armónica. **OBJETIVO:** La propuesta de un cambio en el paradigma de las relaciones entre los miembros del equipo sanitario. **DISCUSIÓN:** 1. El análisis de la situación sanitaria evidencia la necesidad de superar el modelo clásico, anclado en una prevalencia del profesional sobre el paciente, por otro patrón más acorde con las exigencias de nuestra sociedad. Habrá que comenzar incluyendo al propio paciente dentro del equipo sanitario. Se propone el cambio de un modelo de convivencia en sociedad por otro de convivencia en comunidad (un «yo médico» y un «yo farmacéutico» se encuentran con un «yo paciente», estableciendo un indisoluble «nosotros» que lleva asociado el bien de cada uno de los tres agentes); 2. Para lograr implantar ese modelo habrá que vencer los obstáculos generados por la reticencia de las Corporaciones sanitarias; la tibieza de la Administración sanitaria; y la resistencia de parte del sector sanitario; 3. Las diferencias conceptuales deberán ser superadas por una argumentación sólida que haga confluir a los discrepantes; 4. Los nuevos argumentos deberán transmitirse a través de un diálogo que, para ser efectivo, deberá verse determinado por tres cualidades: presencia, diferencia, y equivalencia. **CONCLUSIÓN:** El patrón de convivencia en comunidad entre los agentes sanitarios y el paciente puede ser un medio eficaz para asentar el modelo sanitario. Para la adopción de esa nueva pauta de relaciones profesionales, es necesario que cada agente sanitario comprenda que el diferencial que aporta su formación no tiene sentido si no es para sumarlo al de los otros profesionales que actúan en beneficio del paciente –de la sociedad, del bien común–.

Estudio transversal para conocer la percepción del control de la presión arterial en los pacientes hipertensos atendidos en oficinas de farmacia de Sevilla

Maestre MV, García E, Juárez J, Díaz MT, Vaquero JP, Ferrer I

OBJETIVOS: El objetivo principal es conocer la percepción del control de la presión arterial que tiene el paciente hipertenso (tratado farmacológicamente) atendido en oficinas de farmacia de Sevilla. Como objetivos secundarios se presentan los siguientes: 1. Conocer el grado de control real de la presión arterial que presentan en función de la percepción referida; 2. Evaluar el porcentaje de pacientes que conocen cuáles son las cifras óptimas de presión arterial; 3. Describir el perfil de los pacientes que perciben un correcto control cuando realmente lo tienen y cuando no. **MÉTODOS:** Estudio epidemiológico, de corte transversal, multicéntrico, realizado en las farmacias de Sevilla interesadas e inscritas en el mismo, en colaboración con laboratorios Almirall y aprobado por el Comité de Evaluación de Investigaciones Científicas del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Los pacientes han sido reclutados de forma consecutiva durante un mes (junio de 2006). Una vez obtenido el consentimiento informado del paciente, y después de verificar que cumple los criterios de selección, el investigador ha recabado información acerca de las siguientes variables recogiendo en un cuaderno de recogida de datos: 1. Datos biodemográficos y antecedentes patológicos de interés; 2. Hipertensión arterial y tratamientos (se han realizado tomas de tensión mediante tensiómetro validado modelo OMRON 705CP, proporcionado a cada farmacéutico participante). También se le ha pedido al paciente que responda a un cuestionario con preguntas referentes a: 1. Hábitos higiénico-dietéticos; 2. Percepción del paciente acerca de la HTA y su tratamiento.

Tras el periodo de estudio se procede a la recogida de las hojas del cuaderno del investigador cumplimentadas en las farmacias participantes y en la actualidad se está realizando el tratamiento estadístico de esos datos. **RESULTADOS:** Han participado 105 farmacéuticos de Sevilla capital (67) y provincia (38). A la espera de la evaluación de los resultados, se puede decir que todos los análisis se realizarán a partir de una única muestra de pacientes valorables, que incluirá a aquellos pacientes que cumplan los criterios de selección, además de que presenten datos en la variable principal del estudio (percepción correcta del control de su presión arterial). Las variables categóricas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas, incluyendo el intervalo de confianza del 95%. Para la descripción de las variables continuas se utilizará la media, la desviación típica, la mediana, la moda, el mínimo y el máximo, incluyendo el número total de valores válidos.

Estudio de las derivaciones al médico relativas a interacciones solares por el personal facultativo de la farmacia

Marsilla de Pascual EG, Jiménez Guillén F, Torres Pérez M, Muñoz Muñoz E, Sánchez García MJ, Campillo García MA

OBJETIVO: Con motivo de la reciente Certificación en Calidad según norma internacional UNE EN-ISO 9001:2000 de 30 farmacias de la Región de Murcia surge la curiosidad de cuantificar las consultas y derivaciones al médico atendidas por el personal farmacéutico relativas a la información sobre la piel y su adecuada fotoprotección derivando al médico aquellos casos, que a juicio de estos profesionales, pudieran causar un perjuicio sobre la salud de la persona. Comprobar la aceptación por parte del paciente y del médico de los problemas que puedan dar lugar a la derivación al Centro de Salud. **MATERIAL Y MÉTODOS:** 1. Medición en 6 farmacias certificadas durante el periodo 15 de mayo a julio 2006; 2. Registro de toma de datos; 3. Programa Informático de toma de datos. **RESULTADOS:** 1. La media de consultas diarias 1,86 consultas/día farmacia; 2. El 5% de las consultas realizadas fueron derivadas directamente al personal médico; 3. El 34% de las consultas fueron solucionadas sin necesidad de dispensación alguna por parte de la oficina de farmacia ni derivación; 4. El 61% de las consultas solucionadas llevaron implícito el hecho de la dispensación; 5. El 61% de las derivaciones se realizaron en el mes de julio, frente al 23% del mes de junio. **CONCLUSIONES:** La derivación al médico de problemas relacionados con el uso de antisolares, aunque no ha sido muy elevada, nos demuestra que la relación farmacéutico-paciente-médico evita el mal uso de los mismos y ayuda a identificar patologías relacionadas por el uso o mal uso de estos productos.

Estudio de las consultas atendidas por el personal facultativo de la oficina de farmacia

Marsilla de Pascual EG, Torres Pérez M, Muñoz Muñoz E, Sánchez García MJ, Campillo García A, Amat Fernández MA

INTRODUCCIÓN: Con motivo de la Certificación en Calidad según norma internacional UNE EN-ISO 9001:2000 de 30 farmacias de la Región de Murcia así como de la reciente aprobación de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, atendiendo, entre otros, a su artículo 2.5 y 19.4 «...medicamentos no sujetos a prescripción médica garanti-

zando que se dispensen por una oficina de farmacia autorizada, con la intervención del un farmacéutico, previo asesoramiento personalizado». Surge la curiosidad de cuantificar las consultas atendidas por el personal farmacéutico que desarrollan su labor profesional en la Oficina de Farmacia. En dicha medición no se consideraron las consultas relativas a las informaciones unidas a una dispensación de un producto mediante una receta prescrita, a excepción de las interacciones con otros medicamentos. Ejemplos: ¿Para qué es el producto? ¿Cómo se toma? ¿Hasta cuándo? OBJETIVO: Cuantificar la totalidad de consultas farmacéuticas que realizan los clientes/pacientes al personal farmacéutico así como las derivaciones al médico. MATERIAL Y MÉTODOS: 1. Medición en 13 farmacias certificadas durante el periodo febrero-marzo 2006; 2. Registro de toma de datos; 3. Programa Informático de toma de datos. RESULTADOS Y CONCLUSIONES: 1. La media de consultas mensuales realizadas al personal facultativo fue 311,5/mes farmacia; 2. La media de consultas diarias 6,8 consultas/día farmacia; 3. El 9% de las consultas realizadas fueron derivadas directamente al personal médico; 4. El 37% de las consultas fueron solucionadas sin necesidad de dispensación alguna por parte de la oficina de farmacia; 5. El 55% de las consultas solucionadas llevaron implícito la dispensación; 6. El 55% de las consultas se producen por la mañana frente al 45% de la tarde.

Integración de farmacéuticos en residencias de ancianos asistidos

Plasencia M, Ramírez R, de Pablo P

INTRODUCCIÓN: En el espíritu del Consenso 2001 se contempla la necesidad de que la Atención Farmacéutica llegue a todos los pacientes, y propone que la actuación del farmacéutico vaya más allá de la mera entrega de medicamentos. Este mensaje cobra especial sentido en las residencias geriátricas, con grados variables de dependencia, con pluripatologías y polimedicados. Desde todos los ámbitos institucionales se están buscando salidas para que los farmacéuticos comunitarios, y en algunos casos los hospitalarios, implanten la Atención Farmacéutica en las residencias geriátricas. Atepharma, como empresa privada ofrece una alternativa original y diferente: externalizar el servicio, mediante un acuerdo tripartito entre la residencia, la farmacia comunitaria y los farmacéuticos de Atepharma. OBJETIVOS: 1. Abrir el camino hacia una nueva salida profesional para los farmacéuticos; 2. Ofrecer una alternativa a las opciones institucionales establecidas; 3. Implantación real, y física, de un farmacéutico, integrado en el organigrama de los centros geriátricos, desempeñando funciones sanitarias y de seguimiento fármaco-terapéutico de pacientes; 4. Desarrollar con más amplitud la faceta asistencial del farmacéutico; 5. Llevar la Atención Farmacéutica a las residencias de ancianos, vigilando la necesidad, eficacia y seguridad de los tratamientos. MATERIAL Y MÉTODOS: 1. La empresa dispone de un staff de farmacéuticos formados y capacitados en Atención Farmacéutica Geriátrica que constituyen una red de franquicias por todo el territorio nacional; 2. Farmacéuticos autónomos, colegiados y con seguro de responsabilidad civil; 3. Adaptación y flexibilidad al marco legal de cada Comunidad Autónoma; 4. Aplicación de la sistemática y metodología propias de Atención Farmacéutica. Manual de procedimientos. Autorización del residente. Fichas fármaco-terapéuticas. Control y registro de incumplimientos. Seguimiento de los tratamientos. Guía farmacológica del centro. Memoria anual de actuaciones; 5. Sistema de Calidad acreditado por normas ISO; 6. Remuneración por número de pacientes; 7. Cursos de formación para farmacéuticos y para auxiliares de Farmacia Geriátrica. RESULTADOS: Hemos cumplidos los objetivos que nos habíamos propuesto para el año 2006: 30 farmacéuticos franquiciados; 26 centros residenciales concertados; 3000 pacientes residentes. CONCLUSIONES: 1. Externalizar el servicio de Atención Farmacéutica es una opción perfectamente

válida para resolver la asistencia farmacéutica a las residencias geriátricas; 2. Para los farmacéuticos comunitarios este sistema externo tiene ventajas fiscales y laborales; supone una factura por servicios con desgravación fiscal, elude nóminas, vacaciones, pagas extras, bajas y conflictos laborales; 3. Atepharma asume y defiende la Atención Farmacéutica remunerada, no gratuita; 4. Las residencias geriátricas son sólo el comienzo de un futuro próximo en el desarrollo de los servicios farmacéuticos de Atención Farmacéutica para los colectivos sociales.

Análisis de la utilización de salbutamol desde la farmacia comunitaria

Ruiz Aragón AI, Rueda Ortega P, Martín Calero MJ, La Casa García C

INTRODUCCIÓN: Numerosos datos ponen de manifiesto un uso incorrecto de los agonistas adrenérgicos beta-2 inhalados de acción corta en el tratamiento de enfermedades que cursan con broncospasmo, entre ellas, asma o EPOC. Este manejo inadecuado, con frecuencia abusivo, causa no pocos problemas de seguridad y efectividad en los pacientes. OBJETIVO: El objetivo fundamental de este estudio es poner de manifiesto el patrón de utilización del salbutamol, agonista beta-2 de acción corta de amplio uso, en el ámbito rural y urbano. METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en dos farmacias comunitarias ubicadas, respectivamente, en Sevilla capital y en un pueblo de la provincia de Huelva. Los datos se han obtenido a partir de un cuestionario formulado a los pacientes que solicitaban salbutamol, previo consentimiento de los mismos. El periodo de recogida de los cuestionarios ha sido enero-mayo de 2006. RESULTADOS: Del total de 40 pacientes, la distribución por sexos ha sido prácticamente la misma en ambas zonas (60-65% varones y 40-35% mujeres) y por edad hay un claro predominio del grupo jóvenes-adultos, 15-40 años (50% en zona rural y 75% en capital). Cabe destacar que el porcentaje de fumadores y no fumadores que solicitan el fármaco es idéntico en los dos ámbitos del estudio, 25% y 45% respectivamente. La mayor parte de los pacientes acuden con receta médica (60-65%) y los que no lo hacen indican falta de tiempo para asistir a consulta médica (20-25%), pacientes con TLD a los que les faltó la medicación (10-5%), registrándose también un 10% de adictos en Sevilla frente a un 5% en la zona rural. La especialidad más solicitada ha sido Ventolín® inhalado (90%). En cuanto al patrón de utilización, se observa un claro consumo del fármaco, estableciéndose diferencias en las dos zonas evaluadas: mientras que en el pueblo el 50% de los usuarios realizan 3-4 aplicaciones/día en fases agudas, este número de inhalaciones lo realizan el 20% de los pacientes urbanos e incluso un 10% de estos utilizan el fármaco 5-6 veces/día. CONCLUSIÓN: Todos estos datos, ponen de manifiesto que un gran número de pacientes hace un uso inadecuado de salbutamol, ya sea por ausencia de un tratamiento de mantenimiento, por escasa adherencia al mismo o por desconocimiento del medicamento, lo que nos permite concluir la conveniencia de incluir a estos pacientes en un programa de seguimiento farmacoterapéutico.

Actividades realizadas por la SEFaC gallega desde su creación

SEFaC Galicia

INTRODUCCIÓN: En una reunión celebrada el 12 de enero del 2005 en Santiago de Compostela, 14 socios de la SEFaC Española decidieron fundar la SEFaC Gallega como una sección de la estatal, pero con unos objetivos

específicos y con la intención de tener una sociedad científica de referencia dedicada a realizar actividades dirigidas a farmacéuticos comunitarios, estudiantes del último año de la carrera de farmacia y con la colaboración de profesores del departamento de Farmacología de la facultad de Farmacia de la Universidad de Santiago de Compostela. OBJETIVOS: 1. Formar a los farmacéuticos comunitarios en temas de Atención Farmacéutica (indicación, dispensación y seguimiento farmacoterapéutico); 2. Evaluar el resultado de la formación; 3. Crear grupos de trabajo para la realización de trabajos científicos desde la oficina de farmacia. MÉTODOS: 1. Cursos de formación realizados a una media de uno por trimestre, en horario de mañana (parte teórica) y tarde (parte práctica); 2. Cuestionario de evaluación de conocimientos y de satisfacción de cada curso, autoadministrados, en los cursos acreditados; 3. Acreditación por el Sistema Nacional de Salud. Sujetos: 131 asistentes a las actividades formativas. RESULTADOS: Se han impartido 7 cursos desde febrero del 2005 a abril del 2006: 1. Dispensación activa para su aplicación en la oficina de farmacia. 41 asistentes de los cuales 32 eran socios; 2. Farmacoterapia en dislipemias para su aplicación en la oficina de farmacia. 27 asistentes, de los que 20 eran socios; 3. Atención Farmacéutica en pacientes diabéticos. 31 asistentes, de los que 14 eran socios; 4. Farmacoterapia en insuficiencia cardiaca, para su aplicación en la oficina de farmacia. 33 asistentes de los cuales 14 eran socios; 5. Sistemas personalizados de dosificación (SPD) en Atención Farmacéutica: aplicación en pacientes con incapacidad para cumplir su tratamiento farmacológico. 31 asistentes, de los que 17 eran socios; 6. Atención Farmacéutica en antidepresivos para su aplicación en la oficina de farmacia. 31 asistentes, de los que 19 eran socios; 7. Investigación en Farmacia Comunitaria. 33 asistentes, de los que 19 eran socios. El interés por los cursos hizo que el número de socios aumentara de los 34 iniciales a 72. De los siete cursos impartidos, 5 fueron acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, 1,6 créditos el de dislipemias y 1,8 créditos los cuatro restantes. En los otros dos no hubo tiempo para solicitarla. En todos los cursos se contestaron todos los cuestionarios. En cuanto a los conocimientos, se obtuvo un apto en todos los cuestionarios por curso, siendo el porcentaje medio de aciertos del 85%, refiriéndonos al de satisfacción, en el cual se contestaba a diez preguntas con cuatro grados de acuerdo. Los porcentajes medios de los ítems, en los cinco cursos, fue de: muy de acuerdo 82%, de acuerdo 17,7%, en desacuerdo 0,2% y muy en desacuerdo 0,1%. Se formaron varios grupos de trabajo: 1. Sobre el SPD, con la consecuencia de la puesta en marcha de un plan de implantación a nivel gallego; 2. Sobre dislipemias; 3. Formación de un equipo de investigación para detectar los problemas de la implantación del Seguimiento farmacoterapéutico en Galicia. CONCLUSIONES: 1. Se han impartido 7 cursos, de los cuales 5 fueron acreditados por el Sistema Nacional de Salud; 2. Los cursos fueron altamente valorados por los asistentes; 3. Se han creado diversos grupos de trabajo que ya empiezan a obtener resultados.

SECRETARÍA TÉCNICA



Torreiro, 13-15, 6.º, D
13003 A Coruña
Tel. 981 20 89 90
Fax 981 20 87 01
E-mail: globalazaga1@globalazaga.com

SEDE DEL CONGRESO



Palacio de Exposiciones y Congresos
Muelle de Trasatlánticos, s/n
15003 A Coruña
Tel. 981 22 88 88
E-mail: ventas@palexco.com

EDITA



Ediciones Mayo SA
Aribau, 185-187
08021 Barcelona
Tel. 93 209 02 55
E-mail: edmayore@edicionesmayo.es

Depósito legal: B-10.317-06
ISSN: 1886-2322

Fotocomposición: M4 Autoedición Asociados, S.L.
Impresión: Press Line