

IND ICA+ PRC

INFORME

**evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del
servicio de indicación farmacéutica
en el ámbito de la farmacia comunitaria**

Marzo 2019

IND ICA+ PRC

INFORME

**evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del
servicio de indicación farmacéutica
en el ámbito de la farmacia comunitaria**

Marzo 2019

Todos los derechos reservados. No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros, sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

©Los editores, 2019

ISBN: 978-84-09-13196-99
Depósito Legal: GR 904-2019

Maquetación:
ScienceDesign SL

Impresión:
Gráficas La Paz. Torredonjimeno (Jaén, España)

autores

Dña. Noelia Amador Fernández

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada
Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

Dr. Vicente J. Baixauli Fernández

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

Dra. María Teresa Climent Catalá

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

D. Vicente Colomer Molina

Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

D. Óscar García Agudo

Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

Dra. María Victoria García Cárdenas

Universidad Tecnológica de Sídney (Australia)

D. José I. García García

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Dña. Leticia García Mochón

Escuela Andaluza de Salud Pública

Dr. Miguel Ángel Gastelurrutia Garralda

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

D. Jaime Giner Martínez

Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

D. Jesús C. Gómez Martínez

Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

Dr. Francisco Valls Roca

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Prof. Shalom I. Benrimoj

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

Prof. Fernando Martínez Martínez

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada

contenido

Presentación	9
Relación de participantes	15
Siglas y abreviaturas	17
Glosario	19
Resumen	23
1. Introducción y Justificación del estudio	33
Situación a nivel internacional	35
Situación en España	40
Derivación de los pacientes al Centro de Salud de forma adecuada y consensuada	44
Transferencia de consultas sobre síntomas menores a la Farmacia Comunitaria	45
Seguridad en el uso de los medicamentos publicitarios	46
Justificación del estudio	47
2. Objetivos del estudio	49
3. Método	53
3.1. Diseño del estudio	55
3.2. Codiseño del Servicio	55
3.3. Ámbito de estudio	58
3.4. Población de estudio	58
3.4.1. Selección de la muestra	58
3.5. Cálculo muestral	59
3.6. Intervenciones	60
3.6.1. Intervención farmacéutico-paciente	62
3.6.1.1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes	62
3.6.2. Intervención con el farmacéutico	63
3.7. Recogida de los datos	64
3.8. Definición operacional de las variables	65
3.9. Análisis estadístico	66
3.10. Estudio Farmacoeconómico	67

3.10.1. Estimación del coste: Análisis coste-utilidad	67
3.10.2. Años de vida Ajustados por Calidad (AVAC)	69
3.11. Aspectos éticos	69
4. Resultados	71
Caracterización de la muestra	73
Comparación con el Centro de Salud	81
4.1. Objetivo 1	84
4.2. Objetivo 2	86
4.3. Objetivo 3	88
4.4. Objetivo 4	87
4.5. Objetivo 5	95
4.6. Objetivo 6	97
4.6.1. Estimación de costes en Atención Primaria	99
4.6.2. Estimación de costes en Atención Continuada	105
5. Discusión	115
Descripción de la muestra	117
Resultado de la consulta	120
5.1. Objetivo 1	121
5.2. Objetivo 2	112
5.3. Objetivo 3	123
5.4. Objetivo 4	124
5.5. Objetivo 5	126
5.6. Objetivo 6	127
Consideraciones metodológicas	129
6. Conclusiones	131
7. Bibliografía	137
8. Anexos	145
Anexo 1. Codiseño de los protocolos normalizados de trabajo	147
Anexo 2. Características de los municipios incluidos en el estudio	148

Anexo 3. Compromiso de los profesionales sanitarios participantes	149
Anexo 4. Consejos para el paciente en el autocuidado de los síntomas menores ...	151
Anexo 5. Hoja de información al paciente	158
Anexo 6. Consentimiento informado del paciente	159
Anexo 7. Cuaderno de recogida de datos en la Farmacia Comunitaria	160
Anexo 8. Cuaderno de recogida de datos en el Centro de Salud	164
Anexo 9. Cuaderno de recogida mediante entrevista telefónica 10 días después de la consulta en Farmacia Comunitaria y Centro de Salud	166
Anexo 10. Definición operacional de las variables	168
Anexo 11. Certificados de Comités de Ética en Investigación	172

presentación

El Servicio de Indicación Farmacéutica es uno de los tres servicios que configuran la cartera básica de Servicios Orientados al Paciente, que define el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad del año 2001. Dicho servicio ha sido definido y protocolizado por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria y es uno de los más demandados por los pacientes. Es el servicio prestado ante la demanda de un paciente al farmacéutico de un remedio para un problema de salud y se identifica con la pregunta “¿qué me da para...?”. Al mismo, también se puede acceder de forma indirecta a través del autocuidado de un paciente que solicita un medicamento concreto al farmacéutico, y este se interesa en conseguir que la automedicación sea responsable y adecuada.

Por todo ello y para aumentar la seguridad en el uso de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, así como para mejorar el autocuidado, se puso en marcha el Proyecto INDICA+PRO.

El Proyecto INDICA+PRO es un proyecto de investigación para la evaluación del impacto clínico, humanístico y económico del Servicio de Indicación Farmacéutica.

El contenido de este informe es el resultado del esfuerzo de sociedades científicas, farmacéuticas y médicas, colegios profesionales, universidades y asociaciones de pacientes, para generar evidencia científica de la efectividad de este servicio en la resolución de problemas de salud menores. El diseño compartido del protocolo de investigación por parte de los diferentes actores implicados, pone de manifiesto que es posible el trabajo en equipo de distintos profesionales sanitarios, algo demandado por los propios pacientes y necesario para el sistema sanitario.

El uso por parte de los farmacéuticos comunitarios participantes de protocolos de actuación y derivación consensuados con médicos de Atención Primaria en este tipo de problemas ha permitido intervenciones basadas en la evidencia científica y en una mejor comunicación entre los distintos profesionales implicados en la atención al paciente.

Fruto de esta práctica colaborativa ha sido la actualización del manual “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores” de enorme utilidad para la práctica de la Atención Farmacéutica.

Los resultados obtenidos en el proyecto demuestran que la Farmacia Comunitaria puede ayudar de manera significativa a la atención sanitaria, descargando las consultas de Atención Primaria y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Nuestro más sincero agradecimiento a la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria y al Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia, por haber impulsado este estudio, y a todos los profesionales farmacéuticos y médicos, así como a los pacientes, que con su participación desinteresada lo han hecho posible.

Dr. Fernando Martínez Martínez

Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada.

La Farmacia Comunitaria vive momentos de gran trascendencia, en los que el desarrollo de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y su encaje en los sistemas sanitarios exigen reforzar el compromiso con la vertiente asistencial de nuestra profesión, como nos demandan diariamente nuestros pacientes.

El Servicio de Indicación farmacéutica (SIF) es un servicio profesional farmacéutico asistencial fundamental complementario a otros servicios destacados en la Atención Farmacéutica (dispensación, seguimiento farmacoterapéutico, etc.). El SIF (*¿Qué me da para?*) es específico del ejercicio profesional del farmacéutico comunitario; es decir, no se da en otros ámbitos profesionales de nuestro sector; y además, puede jugar un papel esencial en el autocuidado de los pacientes y, en especial, en la automedicación responsable cuando se trata de síntomas menores (resfriado, acidez, diarrea, etc.), por no hablar de su importancia en la detección de problemas de salud más severos que exijan una derivación rápida a la consulta médica.

Programas de promoción del SIF como el *I-VALOR*, promovido por SEFAC, revelaron que el farmacéutico comunitario tuvo que derivar al médico hasta un 12 por ciento de las consultas, lo que garantiza la seguridad de los pacientes. Esto no podría suceder si los medicamentos para síntomas menores estuvieran fuera del canal farmacia como sucede en otros países.

El hecho de que exista un arsenal terapéutico que no requiere prescripción médica podría, solo o en combinación con medicamentos de prescripción, dar lugar a interacciones entre ambos o posibles reacciones adversas.

Además, es necesario garantizar que los pacientes utilizan el medicamento adecuado para cada problema de salud autodiagnosticado. La participación del farmacéutico como asesor de la farmacoterapia en el autocuidado es solo posible con el modelo actual de farmacia comunitaria, promoviendo así el uso racional del medicamento.

Podemos afirmar que el SIF no solo se convierte en un pilar indiscutible de la labor asistencial en la Farmacia Comunitaria, sino también en un elemento decisivo para, por un lado, descongestionar las consultas en los centros de salud y, por otro lado, detectar y derivar al médico de forma coordinada y de la manera más eficiente aquellas situaciones en las que la salud de los pacientes lo

requiera. La capacidad para mejorar la prevención de enfermedades, el empoderamiento de los pacientes, la gestión de la Atención Primaria y los ahorros derivados de evitar un uso inadecuado de los medicamentos o el agravamiento de enfermedades, gracias a las derivaciones a los médicos en los casos necesarios hace que el SIF deba ser un servicio farmacéutico a tener en cuenta.

Esta es la línea del proyecto INDICA+PRO, en el que sociedades científicas, colegios profesionales y universidades han colaborado con resultados muy satisfactorios como los que se recogen en el presente documento y que debe servir para afianzar este servicio profesional farmacéutico de indudable valor.

Jesús C. Gómez Martínez

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC)

Los resultados del impacto clínico, humanístico y económico del Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF) en el ámbito de la Farmacia Comunitaria (INDICA+PRO) ponen de manifiesto que la atención de los síntomas menores desde la Farmacia Comunitaria mediante el SIF aporta ventajas al Sistema Nacional de Salud en cuanto que permite optimización de recursos sanitarios, descarga de presión asistencial en las consultas de Atención Primaria y mejora considerablemente la satisfacción del paciente.

En este estudio también se evidencia que la detección de un uso inadecuado por el paciente de medicamentos de autocuidado en la farmacia comunitaria y la derivación protocolizada cuando procede, mejora la atención del paciente pues evita problemas relacionados con los medicamentos que pueden ocasionar aumento en la atención sanitaria de urgencia por esta causa.

En el proyecto, cuya duración ha sido de 6 meses, ha participado el MICOF junto a la SEFAC y las Universidades de Sidney y Granada y ha contado con la colaboración de las sociedades médicas de Atención Primaria Semergen y SemFyC y las asociaciones de pacientes.

Este tipo de estudios ponen de manifiesto que es esencial que la Farmacia Comunitaria fundamente sus actuaciones en estudios y protocolos normalizados según la evidencia científica disponible, y que dichas actuaciones estén consensuadas con los médicos que van a recibir las derivaciones de los pacientes y cuya consulta excede del ámbito de la indicación farmacéutica y el autocuidado.

En este sentido podemos asegurar que el farmacéutico comunitario, mediante la prestación de este servicio puede promover el uso racional del medicamento y contribuir a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello, los gobiernos deberían considerar la inclusión del profesional farmacéutico comunitario en el equipo de salud de Atención Primaria, asegurando su integración con el resto de profesionales sanitarios con el objetivo de contribuir al tratamiento de los síntomas menores.

Jaime Giner Martínez

Presidente del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF)

Relación de farmacéuticos comunitarios y médicos de Valencia participantes

Elena Agramunt Lozano, María del Carmen Alabort Andrés, Salvador Alfonso Alcázar Franco, María Teresa Atienzar López, Assumpta Bayarri Juan, María Pilar Belda García, Matilde Benetó Borja, María Teresa Climent Catalá, María Mercedes Cuellar García, Pilar Enguix Luna, Miguel Espinós García, Antonio José Fernández del Moral Cosme, Sara Fernández Fernández, Laura Gandía Cerdá, Jose I. García García, Verónica García Palacios, Arantxa García Sanchís, Teresa García Sarrió, José Iborra Bou, Adelia Jordá Requena, Carlos Joaquín Jovellar Campos, Mariola Juan Mira, Alfredo José Juan Ruiz, Ana María Llopis Soler, Isabel Martínez Bolinches, Carmen Mártir Pérez, Ana Mestre Bolinches, María Inés Moliner Herráez, María Ángeles Mulet Checa, María Navarro Romero, María José Palop Lluch, Alicia Penades Antolin, Enrique Pepiol Salom, Enrique Perelló Amorós, Sergio Sanchís Campos, Patricia Sanchis Montoro, María José Sanz Alonso, Inés Soriano Rodríguez, Ana Tamarit Gomis, Esther Tarin Arnau, Ruth Tarin Arnau, Vicente Tomás Górriz, Joaquín Enrique Tormo Martí, Neus Torrejón Quilis, Esther Torró Vidal, María Ángeles Tortosa Belda, Francisco Valls Roca, Ángela Vañó Botella, M^a Teresa Vicedo Salort, Rosa María Vidal Barrachina, María Dolores Vidal Vila, Juan Sebastián Zamora Vázquez.

Formador Colegial del Colegio Oficial de Valencia

Óscar García Agudo

Relación de farmacéuticos comunitarios y médicos miembros del Comité de Expertos

Noelia Amador Fernández, Vicente J. Baixauli Fernández, María Teresa Climent Catalá, Vicente Colomer Molina, Óscar Esteban Jiménez, Buenaventura Fernández San José, Óscar García Agudo, Jose I. García García, Alma Gibaja López, Francisco Valls Roca.

siglas y abreviaturas

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AF: Atención Farmacéutica

AP: Atención Primaria

AC: Atención Continuada

AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad

CS: Centro/s de Salud

FC: Farmacia Comunitaria

FoCo: Formador Colegial

IPM: Información Personalizada del Medicamento

MICOF: Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

OMS: Organización Mundial de la Salud

PS: Problema de Salud

RCEI: Ratio Coste Efectividad Incremental

SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

Semergen: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMFiC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SIF: Servicio de Indicación Farmacéutica

SM: Síntoma Menor

glosario

Atención Farmacéutica: “Es la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente mediante la Dispensación, Indicación Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades. Se trata de una práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos”¹.

Autocuidado: “Todo aquello que hacen los individuos, familias y la comunidad con el propósito de mantener la salud”².

Automedicación: “Selección y uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar. La automedicación es una parte del autocuidado”³.

Automedicación responsable: “Práctica mediante la cual las personas tratan sus dolencias y afecciones con el uso de medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción, y que son seguros y eficaces si se los emplea según las indicaciones. Una automedicación responsable requiere lo siguiente:

- » Comprobación de que los medicamentos a ser administrados sean seguros, de buena calidad y eficaces.

- » Administración de medicamentos que estén indicados únicamente para el tratamiento de las afecciones que la persona pueda identificar y de algunas afecciones crónicas o recurrentes (después de un diagnóstico médico inicial). En todos los casos, estos medicamentos deben diseñarse y elaborarse específicamente para tal propósito y requerirán una adecuada formulación, dosificación y forma de administración”³.

Criterio de derivación: “Incluye el tiempo crítico de evolución del síntoma tras el cual el farmacéutico puede sospechar no se trata de un síntoma banal, al igual que la definición de otros síntomas o signos que, cuando los manifiesta o se reconocen en el paciente, señalan la necesidad de la valoración por parte del médico (indicadores de alarma)”⁴.

Derivación apropiada: Derivación al médico de Atención Primaria, Atención Continuada o Servicio de urgencias hospitalarias, realizada cuando el paciente cumple alguno de los criterios de derivación (por duración de los síntomas o existencia de uno o más indicadores de alarma) descritos en los protocolos de actuación de cada uno de los síntomas menores acordados mediante un panel de expertos (definido por los investigadores de este proyecto).

Formador Colegial (FoCo): “Farmacéutico responsable de realizar formación y asesoría in-situ a los farmacéuticos participantes en el estudio, además de ofrecer apoyo continuo a las farmacias implicadas para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surja durante la realización o adaptación de la farmacia al servicio”⁵.

Indicador de alarma: “Síntomas que indican la no banalidad de un síntoma menor para los que es recomendable la valoración del médico”⁴.

Medicamento susceptible de publicidad al público (EFP): “Medicamentos destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento, aunque requieran la intervención de un farmacéutico”⁶.

Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales (SPFA): “Son aquellas actividades sanitarias prestadas desde la Farmacia Comunitaria (FC) por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población así como la de los destinatarios de los medicamentos y productos

sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad”⁷.

Servicio de Dispensación: “Servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo con la normativa vigente”¹.

Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF): “Servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”¹.

Síntoma menor: “Problema de salud de carácter no grave, autolimitados, de corta duración, que no tienen relación alguna con las manifestaciones clínicas de los otros problemas de salud que sufre el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma, que no precisa por tanto diagnóstico médico y que responde o se alivia con un tratamiento sintomático”⁸.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluía en 2009 que el autocuidado debe ser un componente fundamental para conseguir objetivos en salud, siendo importante no solo para reducir costes sino también para mejorar el acceso al sistema sanitario. El autocuidado y la automedicación son normalmente los tratamientos de elección en el manejo de los síntomas menores. La promoción de este autocuidado permite mejorar el conocimiento y las habilidades de los ciudadanos optimizando la toma de decisiones relacionadas con la salud. El acceso a la información y la calidad de la misma son elementos indispensables en el proceso del autocuidado; por ello, los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en dicha promoción. Entre estos profesionales sanitarios se encuentra el farmacéutico comunitario, cuyo papel ha ido evolucionando hacia una labor más asistencial a través de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, como son la educación sanitaria, dispensación o la indicación farmacéutica.

En Escocia, Irlanda del Norte, Gales, Inglaterra y Canadá existe una estrategia sanitaria puesta en práctica para fomentar el autocuidado de los síntomas menores por parte de los pacientes en la Farmacia Comunitaria; es el Servicio de Síntomas Menores o "Minor Ailment Service". Este Servicio ha permitido además la transferencia de consultas fuera de los Centros de Salud, ello disminuye la gran carga de trabajo que estos problemas de salud suponen para la Atención Primaria, ya que representaban el 13,2% de las consultas del médico de Atención Primaria y el 5,3% de las consultas en el servicio de urgencias. Los Servicios de Síntomas Menores tienen como objetivo principal mejorar la salud de los pacientes mediante el manejo de los síntomas menores, además de otros objetivos incluidos en las políticas de salud de los países:

- » Promover la automedicación responsable y el uso apropiado de medicamentos publicitarios.
- » Promover el autocuidado a través de la farmacia.
- » Fomentar la farmacia como ámbito adecuado para el tratamiento de los síntomas menores.

- »» Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios.
- »» Optimizar costes sanitarios, uso de ámbitos de tratamiento de síntomas menores menos costosos.
- »» Mejorar la prestación médica en pacientes crónicos y complejos.
- »» Aumentar la capacidad de la Atención Primaria, mediante la transferencia de consultas del Centro de Salud y urgencias hospitalarias a la Farmacia Comunitaria.
- »» Disminuir las desigualdades en salud.
- »» Mejorar la accesibilidad a los servicios primarios.
- »» Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Situación en España

En España los síntomas menores se definen por *Faus Dáder et al* como “problemas de salud de carácter no grave, auto-limitados, de corta duración, que no tienen relación alguna con las manifestaciones clínicas de los otros problemas de salud que sufra el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma, que no precisa por tanto diagnóstico médico y que responde o se alivia con un tratamiento sintomático”⁸.

Los síntomas menores pueden ser tratados por la Farmacia Comunitaria a través del Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF) que fue definido en 2010 por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria como “el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”¹ y describe el procedimiento del servicio. Para este estudio se incluyó una nueva vía de acceso adicional que fue la automedicación o demanda directa del medicamento por parte del paciente para un síntoma menor. Esta vía permite la evaluación del uso correcto de los medicamentos publicitarios por parte de los profesionales sanitarios.

Derivación de los pacientes al Centro de Salud adecuada y consensuada

Una forma de colaboración entre profesionales sanitarios en el campo de los síntomas menores se consigue mediante el uso de criterios de derivación al médico consensuados por parte del farmacéutico tras la evaluación de la situación concreta del paciente en una entrevista que le permita conocer su situación.

El SIF permite que el farmacéutico colabore con el médico mediante la derivación de aquellos pacientes que necesiten diagnóstico médico o aquellos inefectivamente tratados, aumentando con ello la seguridad del paciente.

Además, una formación uniforme y conjunta por parte de todos los profesionales sanitarios como resultado del trabajo de un equipo integrado, permite obtener pacientes correctamente informados sobre el autocuidado de sus síntomas menores.

Seguridad en el uso de los medicamentos publicitarios

Los medicamentos publicitarios no son bienes de consumo convencionales, sino que son, a todos los efectos, medicamentos por lo que deben ser utilizados con todas las precauciones y condiciones que en cada caso se requieren; de otra forma, los riesgos sanitarios serían inaceptables para la población. La automedicación, según se realice, puede tener resultados negativos ya que una información errónea del paciente, elección incorrecta o uso indebido de los medicamentos puede derivar en la aparición de efectos adversos.

Justificación del estudio

Este estudio se justifica por las siguientes razones:

- » Es necesario disminuir la variabilidad en la práctica entre Farmacias Comunitarias de los tratamientos indicados para síntomas menores.
- » Es preciso conocer la efectividad del SIF en la Farmacia Comunitaria utilizando protocolos de actuación y derivación consensuados.
- » Es preciso reducir la inseguridad del paciente en el autocuidado y la automedicación en el caso de los síntomas menores mediante la derivación al Centro de Salud de manera adecuada y consensuada.
- » Es inevitable incrementar la seguridad en el uso de los medicamentos publicitarios debido a la incidencia de problemas relacionados con la medicación que causa este grupo de medicamentos.
- » Es necesaria la transferencia de consultas sobre síntomas menores a la Farmacia

Comunitaria para disminuir la presión asistencial que suponen estos problemas de salud en la consulta del médico.

- » Es precisa la evaluación del impacto económico y la calidad del SIF para la optimización del uso de los recursos del sistema sanitario.

Objetivo del estudio

El objetivo general del estudio fue evaluar el impacto clínico, humanístico y económico de un SIF protocolizado en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria para una consulta sobre los síntomas menores incluidos (acidez o pirosis, cefalea, congestión nasal, diarrea aguda, dolor de garganta, dolor menstrual o dismenorrea, herpes labial, meteorismo o flatulencia, pie de atleta, síndrome gripal/catarral, tos, vómitos) o demandando un medicamento para los mismos comparado con la atención habitual en Farmacia Comunitaria y Centros de Atención Primaria.

Método

Diseño del estudio

Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados dividido en dos fases, estudio piloto y estudio principal.

Una fase previa de codiseño del Servicio incluyó la elaboración de los “Protocolos de actuación en Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores” realizados mediante un panel de expertos compuestos por cuatro médicos de familia de las sociedades Semergen (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria) y SemFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) y cuatro farmacéuticos comunitarios procedentes de SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria) y del MICOF (Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia).

Ámbito de estudio

El estudio tuvo lugar en las Farmacias Comunitarias y Centros de Salud de los municipios incluidos de la provincia de Valencia y tuvo una duración de 6 meses desde diciembre de 2017 hasta mayo de 2018.

El farmacéutico del grupo intervención tuvo una formación previa y contó durante el estudio con el apoyo de un formador colegial. Los farmacéuticos y médicos de los grupos control solo recibieron información del protocolo de estudio.

Pacientes

La población de estudio estuvo compuesta por aquellos pacientes que acudieron a las Farmacias Comunitarias (grupos intervención y control) y Centros de Salud (grupo control) de los municipios incluidos de la provincia de Valencia que cumplían los criterios de inclusión.

La intervención estuvo constituida por el procedimiento establecido por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria para el SIF con la vía adicional de automedicación y los protocolos consensuados para los síntomas menores incluidos (acidez o pirosis, cefalea, congestión nasal, diarrea aguda, dolor de garganta, dolor menstrual o dismenorrea, herpes labial, meteorismo, pie de atleta, síndrome gripal/catarral, tos, vómitos). Los farmacéuticos previa información al paciente sobre el estudio y recogida del consentimiento informado, registraron todas las solicitudes del SIF mediante un programa informático diseñado para tal fin (www.investigacionsefac.org/indicapro/).

El estudio se desarrolló de acuerdo al protocolo presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Granada (CEIH-UGR) y por la Comisión de Investigación del Departamento de Salud Xàtiva - Ontinyent (Hospital "Lluís Alcanyís" de Xàtiva).

Análisis estadístico

La descripción de las variables cualitativas se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon medias y desviaciones típicas o medianas y percentiles según se tratase de variables con distribución normal o no. Para estudiar posibles diferencias entre grupos se aplicaron test estadísticos según el tipo de variable incluida en la hipótesis: para las variables cuantitativas se compararon medias, una vez estudiada su normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov, con el test de la T-Student o ANOVA, según se comparasen los tres grupos iniciales o sólo las farmacias. Para las variables cualitativas, se aplicó el test de Chi-Cuadrado y corrigiéndose por Fisher

o Yates en tablas 2x2 según necesidad. Para la comparación en el tiempo de las medidas de estado de salud y mejora e índices de utilidad, se ajustaron Modelos Lineales Generales para Medidas Repetidas ajustando con el estadístico Lambda de Wilks. Se asumieron valores estadísticamente significativos $p < 0.05$.

Para la estimación del coste se realizó un análisis de coste-utilidad, desde el punto de vista de la sociedad, considerando costes directos incurridos por el sistema sanitario y las Farmacias Comunitarias, y costes indirectos derivados de los pacientes, de acuerdo con la metodología estándar de evaluación económica. Como costes directos se consideraron para el grupo intervención y los dos controles (Farmacia Comunitaria y Centro de Salud), el tiempo empleado por el profesional sanitario y el consumo de fármacos, en el caso del grupo de intervención en la farmacia se tuvo en cuenta además, el tiempo empleado en la formación previa.

En la evaluación económica se consideró de manera independiente la Atención Primaria (consultas del médico de familia para las que el paciente necesita cita previa) y la Atención Continuada (consultas de urgencias disponibles en el Centro de Salud para las que el paciente no necesita concertar cita con antelación). Esta diferenciación se realizó debido a la importante diferencia de precios entre dichas consultas (56,95€ en Atención Primaria y 105,27€ en Atención Continuada). Considerando todo ello se plantearon diferentes escenarios:

- »» Porcentaje de síntomas menores: según la bibliografía internacional se supuso que el 10%, 15% y 20% de las consultas de Atención Primaria se debieron a síntomas menores, así como el 5% y 10% en el caso de la Atención Continuada.
- »» Porcentaje de síntomas menores que podían ser tratados en Farmacia Comunitaria: los médicos participantes en el estudio estimaron que el 69,7% de las consultas registradas podrían ser transferidas y tratadas en Farmacia Comunitaria. Se consideraron además el 60% y 50%.
- »» Porcentaje de síntomas menores que podían ser tratados en Farmacia Comunitaria en las que el paciente acudiría a la Farmacia: según la preferencia general de los pacientes incluidos el estudio, el 82,3% de los pacientes acudirían a Farmacia

Comunitaria por un síntoma menor. También se consideraron el 13,6% y 23,8% según las preferencias de los pacientes que acudieron a Atención Primaria y Atención Continuada respectivamente.

Resultados

Dentro de los resultados del estudio se incluyeron 21 municipios (7 municipios intervención y 14 control) con 27 farmacias (13 farmacias intervención y 14 control) y 42 farmacéuticos (20 farmacéuticos intervención y 22 control) y 3 Centros de Salud con 3 médicos de Atención Primaria y Continuada. Un total de 886 pacientes fueron reclutados: farmacia intervención (323 pacientes), farmacia control (423 pacientes) y Centro de Salud (78 pacientes).

El 63,0% (n=544) de los pacientes fueron mujeres y la edad media fue de 47,9 años (DE=16,6). En la muestra registrada en Farmacia Comunitaria existió un 16,6% (n=134) de personas de 65 años o mayores y un 2,6% (n=21) de niños entre 2 y 12 años.

El SIF se inició en un 69,8% (n=564) de los casos por consulta sobre síntoma menor y en un 30,2% (n=244) por solicitudes de automedicación para un síntoma menor.

Resultados clínicos de la consulta

Cuando el SIF se debió a consulta por síntoma menor, los farmacéuticos del grupo intervención indicaron medicación en el 89,8% (n=211) de los casos comparado con el 83,3% (n=274) en el grupo control. Sin embargo, el grupo control recomendó productos sanitarios en mayor número de ocasiones (14,9%, n=49) comparado con el grupo intervención (5,5%, n=13) con diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$).

Tras las solicitudes de automedicación, los dos grupos de farmacia actuaron de forma similar dispensando tratamiento farmacológico en la mayoría de las consultas (98,9%, n=87 en intervención y 99,4%, n=155 en control) sin diferencias estadísticamente significativas.

Objetivo 1. Resolución del síntoma menor

Todos los pacientes tuvieron un seguimiento telefónico a los 10 días, de los 886 pacientes que participaron en el estudio respondieron 572 personas, existiendo una pérdida del 35,4%, porcentaje similar en los 3 grupos contemplados. Se utilizó una escala Likert siendo 1 ninguna mejoría y 5 aquellos casos en los que el síntoma menor se resolvió completamente. Se obtuvo una puntuación de 4,38 (DE=0,92) en el grupo de farmacia intervención, 4,44 (DE=0,87) en el grupo de farmacia control y 4,14 (DE=0,89) en el grupo control de Centro de Salud con diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que acudieron al Centro de Salud.

Objetivo 2. Consulta posterior por el mismo síntoma menor

La media en el número de visitas posteriores por el mismo síntoma menor tras la primera consulta fue mayor en el grupo de farmacia intervención, 0,28 visitas (DE=0,5), con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,029$). El ámbito más frecuentado para visita posterior en los tres grupos fue el médico de Atención Primaria (59,4%, $n=44$).

Objetivo 3. Derivación apropiada al médico

El farmacéutico comunitario en el grupo intervención, siguiendo los protocolos de actuación acordados con médicos, derivó el doble de pacientes (7,4%, $n=24$) en comparación con el grupo control (3,9%, $n=19$) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,029$) cuando se consideraron las consultas por síntoma menor y demanda de medicamento. La mayoría de pacientes derivados por el farmacéutico comunitario aceptó la derivación (6,5%, $n=21$ en el grupo intervención y 3,5%, $n=17$ en el grupo control).

Objetivo 4. Uso correcto de los medicamentos publicitarios

Incremento estadísticamente significativo en la modificación del tratamiento demandado por el paciente para automedicación. El farmacéutico comunitario del grupo intervención modificó más del doble de tratamientos (12,6%, $n=11$) en comparación con el grupo control (5,1%, $n=8$). Aunque se detectó que en el 19,1% ($n=16$) y 7,8% ($n=12$) de los casos el tratamiento debía ser modificado, sin embargo, hubo rechazo por parte del paciente.

Si extrapolamos el 12,6% de los tratamientos modificados a las cifras de medicamentos publicitarios dispensados a nivel nacional, ello representaría más de 1 millón de unidades

en las que se aumentó la seguridad del paciente por parte del farmacéutico.

Objetivo 5. Impacto humanístico del SIF

En el momento de la consulta, los pacientes que acudieron al Centro de Salud tuvieron una calidad de vida relacionada con la salud menor (60,9 DE=21,5) que los pacientes del grupo de farmacia intervención (68,2 DE=19,0) y los del grupo de farmacia control (71,4 DE=19,6), con diferencias estadísticamente significativas en el Centro de Salud ($p < 0,001$).

A los 10 días tras la consulta, los resultados obtenidos en la calidad de vida relacionada con la salud fueron similares, Centro de Salud (81,5 DE=19,7), farmacia intervención (82,1 DE=15,7) y farmacia control (81,8 DE=17,2) sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Objetivo 6. Impacto económico del SIF

Para la estimación del ratio coste efectividad incremental (RCEI) entre farmacia intervención y Atención Primaria se obtuvo una media del coste incremental de -52,55€ \pm 0,78 (IC95% -54,09 a -51,02) y una media de años de vida ajustados por calidad (AVAC) incremental de 0,0019335 \pm 0,0010071 (IC95% -0,000403 a - 0,0039073). En la comparación entre intervención y Atención Continuada se obtuvo una media del coste incremental de -102.34€ \pm 2.01 (IC95% -106.28 a -98.40) y una media de AVAC incremental de 0,0026701 \pm 0,0010829 (IC95% 0,0005476 a -0,0047927). Según el resultado de coste utilidad, el Servicio de Indicación Farmacéutica considerando tanto consulta por síntoma menor como automedicación fue la estrategia dominante.

En el análisis económico realizado, se supuso según la literatura internacional que el 15% de las consultas de Atención Primaria y 5% de las consultas de Atención Continuada eran síntomas menores. Teniendo en cuenta, además, la estimación del médico de que el 69,7% de esas consultas podrían ser transferidas y tratadas en Farmacia Comunitaria y que el 82,3% de estos pacientes indicaron que acudirían a Farmacia:

- » Se ahorrarían al sistema entre más de 2 millones de consultas en la Comunidad Valenciana, y 20,8 millones de consultas a nivel nacional.
- » Se calcula que se podría generar un ahorro de 121,7 millones de euros anuales en la Comunidad Valenciana y de 1.185,9 millones de euros a nivel nacional con los

costes correspondientes de la Farmacia Comunitaria, teniendo en cuenta que el PVP considerado de la medicación incluida en la consulta en la farmacia fue el del medicamento publicitario.

Conclusiones

El presente estudio de investigación evalúa por primera vez en España el impacto clínico, humanístico y económico del SIF, considerando, además, la automedicación del paciente para un síntoma menor como una entrada adicional al Servicio ya consensuado a nivel nacional. La práctica colaborativa fue decisiva en la elaboración de los protocolos de trabajo del farmacéutico para el SIF puesto que incluyen criterios de derivación del paciente al médico consensuados entre profesionales sanitarios.

El estudio sugiere resultados clínicos similares entre la Farmacia Comunitaria y el Centro de Salud y diferencias sustanciales en cuanto a los costes de consulta en cada ámbito como se ha comprobado igualmente a nivel internacional. Los farmacéuticos y médicos resolvieron los síntomas menores de manera similar. Teniendo en cuenta la derivación y modificación del tratamiento demandado, el grupo de farmacia intervención actuó en el doble de casos en comparación con el grupo de farmacia control indicando el éxito de la intervención. El Servicio realizado en el grupo de farmacia intervención aumentó con ello la seguridad al paciente que presentaba síntomas menores o demandaba medicamentos para los mismos con diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al impacto económico podemos concluir que el SIF es un servicio coste-efectivo. Además, podría beneficiar al sistema sanitario mediante un tratamiento más eficiente de los síntomas menores permitiendo a los médicos mayor disponibilidad para el tratamiento de patologías complejas e incrementando la accesibilidad del paciente al sistema sanitario.

Con todo ello podemos concluir que el farmacéutico comunitario, mediante la prestación del servicio de SIF puede promover el uso racional del medicamento y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Con la evidencia aportada en el presente informe, resulta evidente que los gobiernos y/o las administraciones sanitarias deberían considerar la inclusión del farmacéutico comunitario en el equipo de salud de Atención Primaria para contribuir al tratamiento de los síntomas menores.

IND
ICA+
PRC

introducción

y justificación del estudio

Situación a nivel internacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluía en 2009² que el autocuidado debe ser un componente fundamental para conseguir objetivos en salud, siendo importante no solo para reducir costes en salud sino también para mejorar el acceso al sistema sanitario. El autocuidado se define como todo aquello que hacen los individuos, familias y la comunidad con el propósito de mantener la salud². La promoción del autocuidado permite mejorar el conocimiento y las habilidades de los ciudadanos optimizando la toma de decisiones relacionadas con la salud. El acceso a la información y la calidad de la misma son elementos indispensables en el proceso del autocuidado; por ello, los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en dicha promoción³.

Para la OMS el término autocuidado abarca la higiene (general y personal), la nutrición (tipo y calidad de la comida), el estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre, etc.), los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales, etc.), socioeconómicos (nivel de ingreso, creencias culturales, etc.) y la automedicación (selección y uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar)³.

El autocuidado es normalmente el tratamiento de elección en el manejo de los síntomas menores⁹ siendo, a su vez, este manejo de síntomas menores y la automedicación con medicamentos susceptibles de publicidad al público, la base del autocuidado¹⁰.

La automedicación, ampliamente extendida, conlleva tanto, beneficios para el paciente, como es la rapidez en el tratamiento del problema de salud, como riesgos, entre los que se encuentran la inseguridad por elección incorrecta de medicamento, administración errónea, aparición de resultados adversos e interacciones, entre otros¹¹. En general, los ciudadanos asocian un menor peligro y potencia a los medicamentos publicitarios en relación con los medicamentos de prescripción¹². Esto hace que el paciente en su elección del medicamento se vea influido por recomendaciones personales o anuncios televisivos sin buscar activamente apoyo de un profesional sanitario en su autocuidado¹³. El paciente selecciona el medicamento basándose en la efectividad; sin embargo, los profesionales sanitarios tienen en cuenta también la seguridad del mismo¹⁴, lo que justifica la necesidad

de un profesional sanitario que asista el autocuidado convirtiendo la automedicación del paciente en una automedicación responsable, que es aquella en la que “los medicamentos usados son seguros, de calidad y eficaces; debiendo estar indicados para las condiciones auto diagnosticadas o aquellos problemas crónicos o recurrentes previamente diagnosticados, con la correcta formulación, dosificación y forma de administración”³.

Entre estos profesionales sanitarios se encuentra el farmacéutico comunitario, el cual ha ido evolucionando a lo largo de los años desde un papel más centrado en el producto mediante la elaboración, adquisición, custodia y almacenamiento de medicamentos, a un rol más asistencial a través de Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, como son la educación sanitaria, dispensación o la indicación farmacéutica.

En Escocia¹⁵, Irlanda del Norte¹⁶, Gales¹⁷, Inglaterra¹⁸ y Canadá¹⁹ existe una estrategia sanitaria puesta en práctica para fomentar el autocuidado de los síntomas menores por parte de los pacientes en la Farmacia Comunitaria; es el Servicio de Síntomas Menores o “Minor Ailment Service”. Esta iniciativa se implantó por primera vez a nivel nacional en Escocia en el año 2003. El concepto de síntoma menor es similar en los diferentes países^{20,21,22,23,24,25}, y se define como una condición común, autolimitada, sin complicaciones, que puede ser auto diagnosticada de forma correcta por el paciente y que, por tanto, no requiere test de laboratorio para su diagnóstico y no enmascara otros problemas de salud, pudiendo ser tratada mediante el uso de productos fácilmente disponibles o autocuidado sin necesidad de intervención médica.

El hecho de que los síntomas menores sean problemas de salud que por definición no precisan diagnóstico médico justificó, en los países mencionados, la transferencia del tratamiento de los mismos a otro ámbito menos costoso y con efectividad clínica similar como es la Farmacia Comunitaria^{22,26}, considerando además, el papel fundamental de los farmacéuticos en la promoción del autocuidado como fuentes fiables de información y consejo^{3,27}.

Otro de los motivos para la implantación del Servicio de Síntomas Menores en la Farmacia Comunitaria consistió en la transferencia de consultas fuera de los Centros de Salud, debido a la gran carga de trabajo que estos problemas de salud suponen para la Atención

Primaria²⁸, ya que representaban el 13,2% de las consultas del médico de Atención Primaria y el 5,3% de las consultas en el servicio de urgencias en Escocia. En la actualidad aún existen claras barreras que deben ser eliminadas para la obtención de buenos resultados en el autocuidado y la reducción de la demanda en las consultas médicas por síntomas menores²⁹. Los tres factores que condicionan el comportamiento de los pacientes para tratar un problema de salud son la accesibilidad a los servicios de Atención Primaria, la calidad de dichos servicios y las capacidades de comunicación de los profesionales sanitarios³⁰. A pesar de ello, la implantación del Servicio de Síntomas Menores ha sido realizada de un modo rápido y coste-efectivo en Escocia e Inglaterra³¹, siendo una alternativa viable a las consultas del médico de Atención Primaria²³, encontrándose en vías de estudio por otros países como Australia y Nueva Zelanda.

Estos Servicios de Síntomas Menores tienen como objetivos principales, incluidos en las políticas de salud de los países:

- » Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, mediante el tratamiento de los pacientes con síntomas menores en el ámbito apropiado.
- » Mejorar la accesibilidad a los servicios primarios, la amplia distribución de la farmacia, así como su amplio horario y la atención sin necesidad de cita previa acerca los servicios primarios al paciente permitiendo el tratamiento de sus síntomas menores en el mínimo tiempo.
- » Disminuir las desigualdades en salud, el servicio abre la puerta de la Atención Primaria a los ciudadanos para tratar síntomas menores que no requieren atención médica dando a conocer las posibilidades de la Farmacia Comunitaria, la cual es considerada como el centro sanitario más frecuentado y accesible por los pacientes por su óptima distribución en la comunidad tanto en áreas urbanas como rurales.
- » Aumentar la capacidad de la Atención Primaria, mediante la transferencia de consultas del Centro de Salud a la Farmacia Comunitaria.
- » Mejorar la prestación médica en pacientes crónicos y complejos, la transferencia de pacientes con síntomas menores de la consulta médica a la Farmacia Comunitaria

permite al médico una mayor disponibilidad para aquellos pacientes que realmente necesitan su atención.

- » Optimizar costes sanitarios, uso de ámbitos de tratamiento de síntomas menores menos costosos (Farmacia Comunitaria en lugar del Servicio de urgencias o el médico de Atención Primaria) y de medicamentos publicitarios indicados en estos problemas de salud.
- » Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios mediante el consenso de protocolos normalizados de trabajo entre farmacéuticos y médicos y la comunicación entre profesionales en la derivación de los pacientes.
- » Promocionar la farmacia como ámbito adecuado para el tratamiento de los síntomas menores.
- » Promover el autocuidado a través de la farmacia, el papel de la Farmacia Comunitaria está globalmente reconocido como una fuente apropiada de consejo en el autocuidado de síntomas menores²³. Los farmacéuticos ofrecen fácil acceso a los individuos en la obtención de consejos y cuidados efectivos que permiten mejorar las habilidades del paciente en el autocuidado y la automedicación.
- » Promover la automedicación responsable y el uso apropiado de medicamentos publicitarios, evaluación de la situación concreta del paciente y ofrecimiento de información personalizada del medicamento para un uso del medicamento según las directrices del mismo.

A día de hoy, la promoción del autocuidado y educación del paciente mediante el Servicio de Síntomas Menores puede ser conjunta entre profesionales, como ocurre en el 18% de los servicios de Inglaterra³² en los que la inclusión de un paciente en el servicio se realiza mediante derivación del médico o del personal del Centro de Salud. Ello permite una disminución en la demanda de la asistencia sanitaria por síntomas menores, evitando la saturación de las consultas médicas y contribuyendo con ello a la sostenibilidad del sistema sanitario como objetivo último y principal. En países como Reino Unido y Canadá se han demostrado ahorros significativos con la introducción de nuevos servicios como el Servicio de Síntomas Menores, mediante la reducción de las consultas del médico de

Atención Primaria, Atención Continuada y Servicios de urgencias. En 2.008, en Inglaterra se estimó el coste del servicio de consulta de síntomas menores en la farmacia en £29,30 comparado con la consulta médica (£82,34) o los servicios de urgencias (£147,09)³¹. El servicio de Leicester (Reino Unido) resultó en un ahorro anual de £196.000³³ mientras que en el servicio de Birmingham este ahorro fue de £2 millones³⁴. Diferentes análisis estimaron que la implantación de este servicio a nivel nacional en Inglaterra produciría un ahorro de entre £12 y £56 millones^{22,35}. En Canadá, el British Columbia Pharmacists Association informó de que la transferencia de consultas de síntomas menores a la Farmacia Comunitaria produciría un ahorro de \$32 millones dólares canadienses al sistema sanitario³⁶. La implantación de este servicio a nivel nacional en dicho país permitiría recibir tratamiento para síntomas menores a entre 2,4-4,7 millones de personas adicionales, reduciendo los tiempos de espera mediante la transferencia a la Farmacia Comunitaria de hasta 17 millones de consultas médicas y evitando con ello hasta 6.000 visitas a los Servicios de urgencias³⁷.

En cuanto a las características de cada uno de los servicios internacionales, vemos que en algunos casos el Servicio de Síntomas Menores permite a los pacientes registrarse en una única farmacia a su elección, en la que debe existir, al menos, un farmacéutico capacitado para la prestación de dicho servicio. Este es el caso de Escocia, donde el farmacéutico evalúa cualquiera de los 21 síntomas menores incluidos, para posteriormente elegir el tratamiento más adecuado que puede consistir en consejo y autocuidado, tratamiento farmacológico dentro de un catálogo de medicamentos específico del Servicio y del área en cuestión y/o remisión a otro profesional sanitario. El servicio está disponible para aquellos escoceses registrados con un médico y exentos de copago en la receta médica, puesto que, aunque representan el 50% de la población, son responsables del 90% del total de los medicamentos dispensados³⁸. Las farmacias son remuneradas mediante una cuota mensual en función del número de pacientes registrados y según el coste de los medicamentos dispensados a través del Servicio²⁰.

Los Servicios de Síntomas Menores de Inglaterra y Gales son prácticamente idénticos. En éstos, los criterios de inclusión varían según el área, siendo normalmente personas exentas de copago en la receta médica, como ocurre en Bristol³⁹, mientras que, en Leicester el servicio solo está disponible para aquellos individuos registrados con un médico del

área de salud³³. En cada área se determina el número de síntomas menores que cubre cada servicio local variando entre 2 y 36 con una media de 20 problemas de salud por servicio⁴⁰. El farmacéutico debe demostrar formación adecuada para la realización del servicio, así como ser responsable del mantenimiento de la privacidad y seguridad del paciente y de la cualificación de su personal. Las asociaciones farmacéuticas de cada área son responsables de la promoción del servicio mediante folletos y publicidad. Los pacientes exentos de copago reciben la medicación sin coste adicional, lo cual permite eliminar la barrera económica asociada a la consulta farmacéutica en lugar de la consulta médica por síntomas menores. En cuanto a la remuneración de las farmacias, éstas reciben un pago por consulta y otro por los medicamentos dispensados.

La prestación del Servicio de Síntomas Menores y de prescripción en Canadá permite a los farmacéuticos contribuir en la gestión y prestación de la Atención Primaria para aliviar las crecientes cargas económicas y sociales^{19,41}. La primera provincia en ofrecer el servicio en este país fue Saskatchewan en 2010²⁶, donde el servicio está disponible para los ciudadanos que acuden a la farmacia con un problema auto diagnosticado. Una vez evaluado el paciente, en caso de necesitar medicación “prescrita” por el farmacéutico ésta debe estar incluida en la guía de síntomas menores para las indicaciones aprobadas. La prescripción puede ser dispensada en la misma farmacia o cualquier otra a elección del paciente sin coste adicional si el medicamento está incluido en la guía o con un coste de 18,00 dólares canadienses en caso contrario.

Situación en España

En España los síntomas menores se definen por *Faus Dáder et al* de forma similar a las definiciones internacionales como “problemas de salud de carácter no grave, auto-limitados, de corta duración, que no tienen relación alguna con las manifestaciones clínicas de los otros problemas de salud que sufra el paciente, ni con los efectos, deseados o no, de los medicamentos que toma, que no precisa por tanto diagnóstico médico y que responde o se alivia con un tratamiento sintomático”⁸.

En 2018 existían 50.000 farmacéuticos con ejercicio en 22.000 farmacias españolas de las cuales el 64,2% estaban distribuidas fuera de una capital de provincia⁴². Farmacias

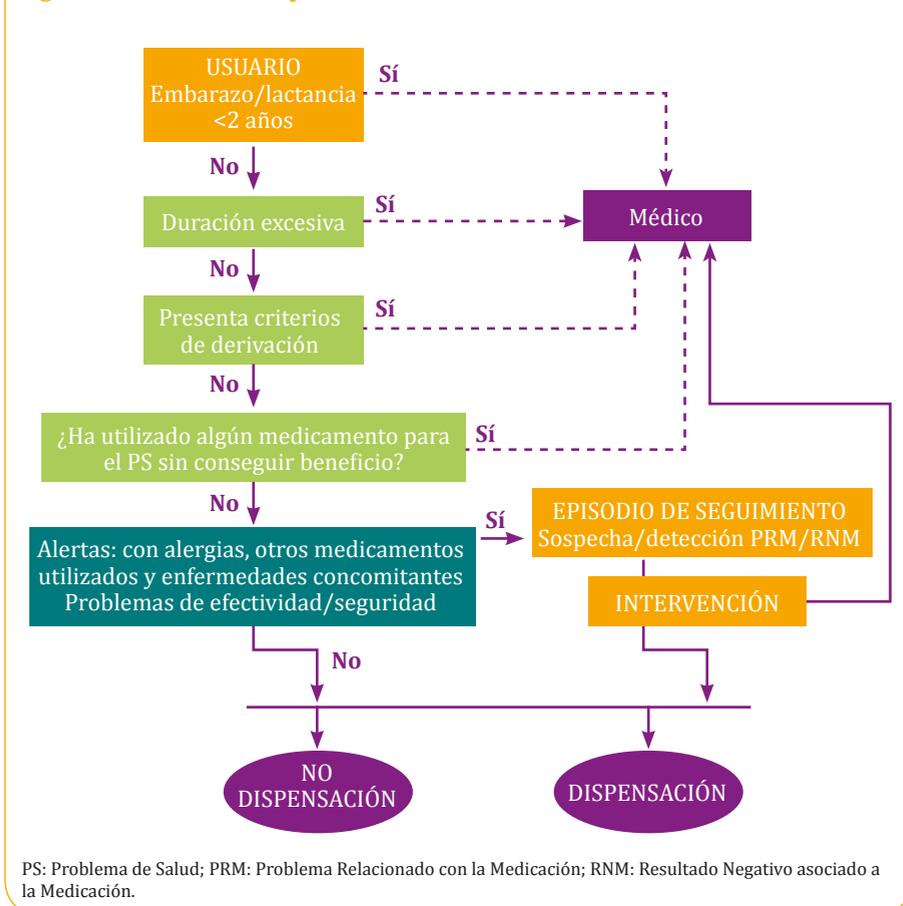
Comunitarias que atienden el cuidado de los síntomas menores mediante el Servicio de Indicación Farmacéutica (SIF) que fue definido en 2010 por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria como “el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”¹. El término de Indicación Farmacéutica se introdujo por primera vez en el XI Congreso Nacional Farmacéutico en 1997, para definir la actuación del farmacéutico ante la demanda de solución por parte del paciente para un problema de salud diferenciándolo de esa forma de la prescripción médica.

A pesar de que este servicio representa, según diferentes estudios, entre el 9%⁴³ y el 16%⁴⁴ de la actividad de la Farmacia Comunitaria y, a diferencia de otros servicios de Atención Farmacéutica, la Indicación Farmacéutica no está contemplada en la ley como un servicio, sino que ésta solo incluye las condiciones de autorización de los medicamentos no sujetos a prescripción⁶.

La Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria¹ describe el procedimiento del SIF (Figura 1), que incluye las siguientes etapas:

- »» Identificación de quién realiza la consulta: paciente, cuidador o una tercera persona y sus características (sexo, edad, situación fisiológica).
- »» Identificación de la razón de la consulta: problema de salud referido por el paciente.
- »» Verificación: si el problema de salud es un efecto adverso de una medicación utilizada previamente, duración del problema de salud, medicamentos ya utilizados para el síntoma menor u otros problemas de salud, alergias e intolerancias conocidas, situación fisiológica especial, otras enfermedades concomitantes, hábitos de vida, datos biomédicos, si están disponibles.
- »» Evaluación: valoración de criterios de derivación, contraindicaciones e interacciones.
- »» Actuación: asesoramiento sin dispensar, recomendación de un tratamiento no farmacológico, dispensación de un tratamiento farmacológico (no sujeto a prescripción médica), derivación al médico o derivar al Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico.

Figura 1. Procedimiento para el servicio de indicación farmacéutica¹.



En la segunda etapa del SIF, la razón de la consulta, observamos que el motivo que origina el servicio es un problema de salud, es decir, este procedimiento no contempla la automedicación, considerada uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de los síntomas menores y una parte esencial del autocuidado. La principal diferencia entre el SIF y la automedicación radica en que durante el proceso de automedicación existe una solicitud directa por parte del paciente de un medicamento publicitario concreto para tratarse un problema de salud auto diagnosticado, mientras que en el SIF el paciente solicita consejo al farmacéutico para tratarse dicho problema de salud sin especificar un tratamiento. Sin embargo, según un informe, la venta de medicamentos publicitarios en 2.015 constituyó el 6,2% de la facturación total de medicamentos⁴⁵ cifra similar a la obtenida en 2018⁴⁶. Estos datos reflejan la necesidad de una correcta evaluación de la

automedicación que realiza el paciente. En ambos casos, la intervención del farmacéutico es necesaria, puesto que es el profesional sanitario responsable del uso de medicamentos seguros, de calidad y efectivos por parte del paciente, convirtiendo la automedicación en un acto de automedicación responsable y asegurando el tratamiento correcto de los síntomas menores.

En la última fase del SIF, el procedimiento contempla como actuación del farmacéutico, entre otras actuaciones posibles, la derivación del paciente al médico. Dichas derivaciones al médico de Atención Primaria o Servicio de urgencias realizadas durante el proceso de indicación son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente detectando aquellos casos no banales que precisan de diagnóstico médico. En un estudio llevado a cabo en España en el año 2.005, se identificó que el farmacéutico realizó derivaciones directas (derivación sin indicación previa de medicación) en el 4,9% de las consultas del Servicio. En otro estudio posterior publicado en 2011¹¹ se identificó que esta cifra tan solo ascendió al 2,4%, aunque estimó además, que casi en el 10% de las consultas se les recomendó un medicamento y seguidamente fueron derivados al médico. Lejos del dato aportado en el último estudio realizado a nivel nacional por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en 2015⁴⁷ en el que se identificó una derivación del 29% de los pacientes; este estudio además indicaba que tan solo en el 7%⁴⁸ de las consultas del SIF cuya intervención era la derivación al médico, el farmacéutico generaba un informe para el paciente. Todo ello pone de manifiesto la variabilidad existente en la derivación a otros profesionales sanitarios dentro del Servicio de Indicación Farmacéutica.

Además de estos puntos, es necesario considerar también que, en España, de forma análoga a lo que sucede a nivel internacional, existe una tercera vía en el tratamiento de los síntomas menores, la consulta médica, tanto en la consulta de Atención Primaria como en Atención Continuada y en el Servicio de urgencias. Existe un alto porcentaje de pacientes que acuden al Centro de Salud ante la presencia de un síntoma menor, como muestra el panorama detallado de los problemas de salud de la población española obtenido a través de los registros clínicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, en el cual destacan los síntomas y las enfermedades de índole general e inespecífica como las más frecuentes⁴⁹. Asimismo, un estudio realizado por el Gobierno de Aragón en 2008⁵⁰ indicaba que la mitad de los encuestados acudían al médico para consultas sobre

síntomas menores y, el barómetro Epposi, una encuesta de consumo realizada en 10 países europeos, incluido España, realizada en el año 2013³⁰, concluyó que en los países del sur, el 63% de la población acude al médico para consultas sobre síntomas menores. Respecto a las consultas de Atención Continuada y el Servicio de urgencias, aunque no se dispone de datos sobre la carga que suponen los síntomas menores en estos ámbitos a nivel nacional, la farmacia también puede contribuir a la disminución de este tipo de consultas.

Derivación de los pacientes al Centro de Salud adecuada y consensuada

Una forma de colaboración entre profesionales sanitarios en el campo de los síntomas menores se consigue mediante el consenso y uso de criterios de derivación al médico por parte del farmacéutico tras la evaluación de la situación concreta del paciente en una entrevista que le permita conocer su situación.

Estos criterios de derivación son indispensables ya que el uso de medicamentos publicitarios puede resultar en el retraso de la consulta del paciente al médico por problemas de salud complejos; además, un elevado número de médicos desconocen el uso que hacen sus pacientes de medicamentos publicitarios lo que puede provocar que haya problemas de salud que no sean diagnosticados. De acuerdo al protocolo del Servicio de Indicación Farmacéutica, cuando se estima la necesidad de diagnóstico médico o de otro profesional sanitario, el farmacéutico procede a la derivación del paciente al Centro de Salud para una nueva evaluación. Así, este servicio asistencial permite que el farmacéutico colabore con el médico mediante la derivación de aquellos pacientes que necesiten diagnóstico médico o aquellos inefectivamente tratados, aumentando con ello la seguridad del paciente.

En la actualidad en España, aunque existen protocolos consensuados de actuación en el SIF^{4,51}, su utilidad aparente es limitada en la atención habitual.

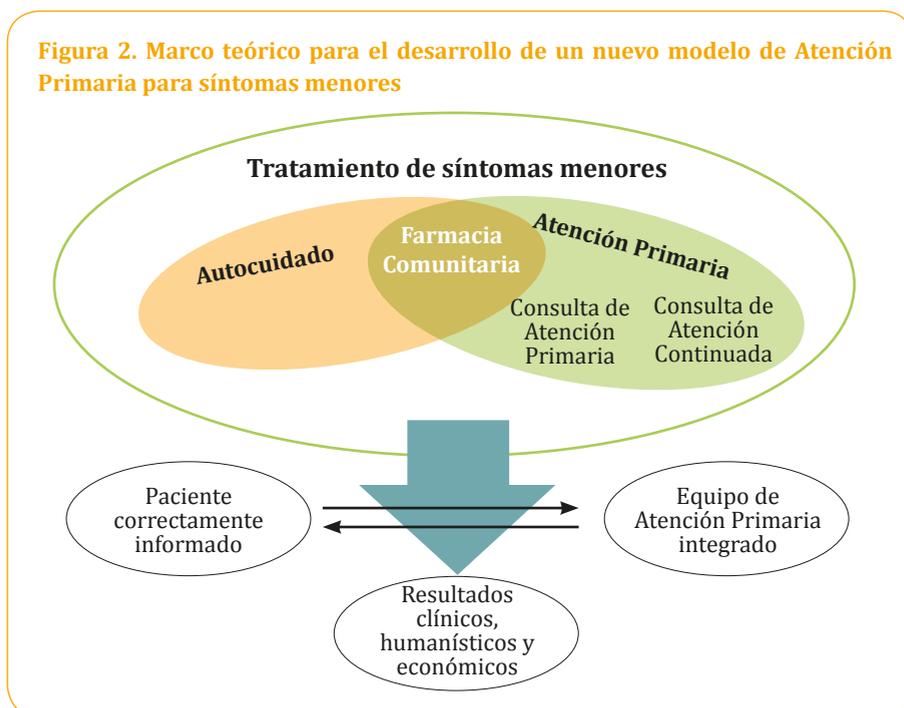
Transferencia de consultas sobre síntomas menores a la Farmacia Comunitaria

Un mejor uso de las Farmacias Comunitarias y los farmacéuticos es una opción eficiente y de fácil implantación, debido a su formación y fácil acceso por la población⁵².

El elevado número de personas que visitan las farmacias diariamente (dos millones trescientos mil ciudadanos) junto al nivel de satisfacción de los usuarios, destaca su valor como proveedor de salud, consejo e intervenciones sanitarias^{52,53}. A pesar de esta alta valoración, es necesario motivar a los pacientes en el uso de las farmacias para la atención de los síntomas menores y el autocuidado, de manera que permita transferir consultas fuera de los Centros de Salud, servicios de Atención Continuada y urgencias.

Varios informes afirmaban que la efectiva promoción e inversión en el autocuidado del paciente promueve su independencia y reduce el número de consultas en Atención Primaria, hospitalizaciones y uso de otros recursos sanitarios, disminuyendo los costes del sistema^{54,55}. Además, ya que los individuos necesitan una adaptación para actuar en un sistema sanitario centrado en el paciente, es indispensable contribuir a este proceso mediante la aplicación de marcos teóricos como demuestra la Figura 2.

Figura 2. Marco teórico para el desarrollo de un nuevo modelo de Atención Primaria para síntomas menores



Una educación uniforme y conjunta por parte de todos los profesionales sanitarios como resultado del trabajo de un equipo integrado, permite obtener pacientes correctamente informados sobre el autocuidado de sus síntomas menores. Para finalmente obtener mejores resultados clínicos, con la mejoría de los problemas de salud y económicos mediante la transferencia a ámbitos menos costosos.

Seguridad en el uso de los medicamentos publicitarios

Los medicamentos publicitarios no son bienes de consumo convencionales, sino que son, a todos los efectos, medicamentos por lo que deben ser utilizados con todas las precauciones y condiciones que en cada caso se requieren; de otra forma, los riesgos sanitarios serían inaceptables para la población. La automedicación, según se realice, puede tener resultados negativos ya que una información errónea del paciente, elección incorrecta o uso indebido de los medicamentos puede derivar en la aparición de efectos adversos^{56,57,58,59,60}. Un gran porcentaje de los pacientes automedicados son individuos con enfermedades crónicas lo cual conlleva un incremento del riesgo en el uso de este tipo de medicación^{59,60,61}. Medicamentos publicitarios de uso común como son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden producir efectos adversos ampliamente reconocidos, pudiendo ser inseguros y derivar en el aumento del número de hospitalizaciones^{58,59,61,62}.

Por todo ello, es imprescindible una información sanitaria personalizada y un control riguroso del medicamento que permitan su uso en cumplimiento de las directrices de la ficha técnica del medicamento (indicación correcta, dosis y duración del uso del medicamento y ausencia de contraindicación, teniendo en cuenta también las precauciones del mismo). Sin embargo, un estudio sobre dispensación de medicación realizado en 2012⁶¹ ponía en evidencia que una de las características peor valoradas del servicio era la información del farmacéutico sobre los efectos secundarios del tratamiento.

Es necesario que la actuación del farmacéutico esté centrada en el paciente y el bienestar del mismo, puesto que ello aumenta la posibilidad de provisión de información al paciente sobre los medicamentos, incluyendo la medicación publicitaria²⁴. El farmacéutico contribuye así a un uso racional del medicamento y a la educación del paciente mediante el asesoramiento por los profesionales adecuados, tal y como queda contemplado en

la Ley 29/2006 de garantía y uso racional de medicamentos y productos sanitarios en España⁶ sobre la intervención del farmacéutico en el uso de medicamentos publicitarios. La evidencia sostiene que los pacientes con consultas sobre un síntoma menor, en comparación con los pacientes que demandan un medicamento, reciben un mejor asesoramiento en la farmacia puesto que se realiza una mejor entrevista y con ello una evaluación más completa²². De ahí deriva la importancia de incluir la automedicación como una vía adicional de entrada al SIF. La educación del paciente y promoción de la salud, debe realizarse siempre en colaboración de todos los profesionales sanitarios, entre los que se encuentran médicos de Atención Primaria y farmacéuticos.

Justificación del estudio

Este estudio se justifica por las siguientes razones:

- » Es necesario disminuir la variabilidad en la práctica entre Farmacias Comunitarias de los tratamientos indicados para síntomas menores.
- » Es preciso conocer la efectividad del SIF en la Farmacia Comunitaria utilizando protocolos de actuación y derivación consensuados.
- » Es preciso reducir la inseguridad del paciente en el autocuidado y la automedicación en el caso de los síntomas menores mediante la derivación al Centro de Salud de manera adecuada y consensuada.
- » Es inevitable incrementar la seguridad en el uso de los medicamentos publicitarios debido a la incidencia de problemas relacionados con la medicación que causa este grupo de medicamentos.
- » Es necesaria la transferencia de consultas sobre síntomas menores a la Farmacia Comunitaria para disminuir la presión asistencial que suponen estos problemas de salud en la consulta del médico.
- » Es precisa la evaluación del impacto económico y la calidad del SIF para la optimización del uso de los recursos del sistema sanitario.

IND
ICA+
PRC

objetivos

Objetivos del estudio

Se presupone que el SIF realizado de forma protocolizada en nuestro país puede contribuir a promover el autocuidado del paciente y el uso adecuado de los medicamentos publicitarios, así como mejorar una derivación apropiada al médico de Atención Primaria, aumentando con ello la seguridad del paciente y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario en último término. Por ello, el objetivo general del estudio es evaluar el impacto clínico, humanístico y económico de un Servicio de Indicación Farmacéutica protocolizado en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria para una consulta sobre los síntomas menores incluidos (acidez o pirosis, cefalea, congestión nasal, diarrea aguda, dolor de garganta, dolor menstrual o dismenorrea, herpes labial, meteorismo o flatulencia, pie de atleta, síndrome gripal/catarral, tos, vómitos) o demandando un medicamento para los mismos comparado con la atención habitual en Farmacia Comunitaria y Centros de Salud.

Objetivos específicos

1. Impacto clínico: Evaluar el impacto del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria demandando un medicamento para alguno de los síntomas menores mencionados o para una consulta sobre los mismos comparado con la atención habitual en farmacia y en Centros de Salud, sobre:

- » La resolución del síntoma menor consultado.
- » El número de consultas posteriores en cualquier ámbito (farmacia, médico de Atención Primaria, Atención Continuada o Servicio de urgencias).
- » La derivación apropiada al médico.
- » El uso correcto de los medicamentos publicitarios.

2. Impacto humanístico: Evaluar el impacto del SIF en la variación de la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria o al Centro de Salud demandando un medicamento para alguno de los síntomas menores mencionados o para una consulta sobre los mismos comparado con la atención habitual

en farmacia y en Centros de Salud.

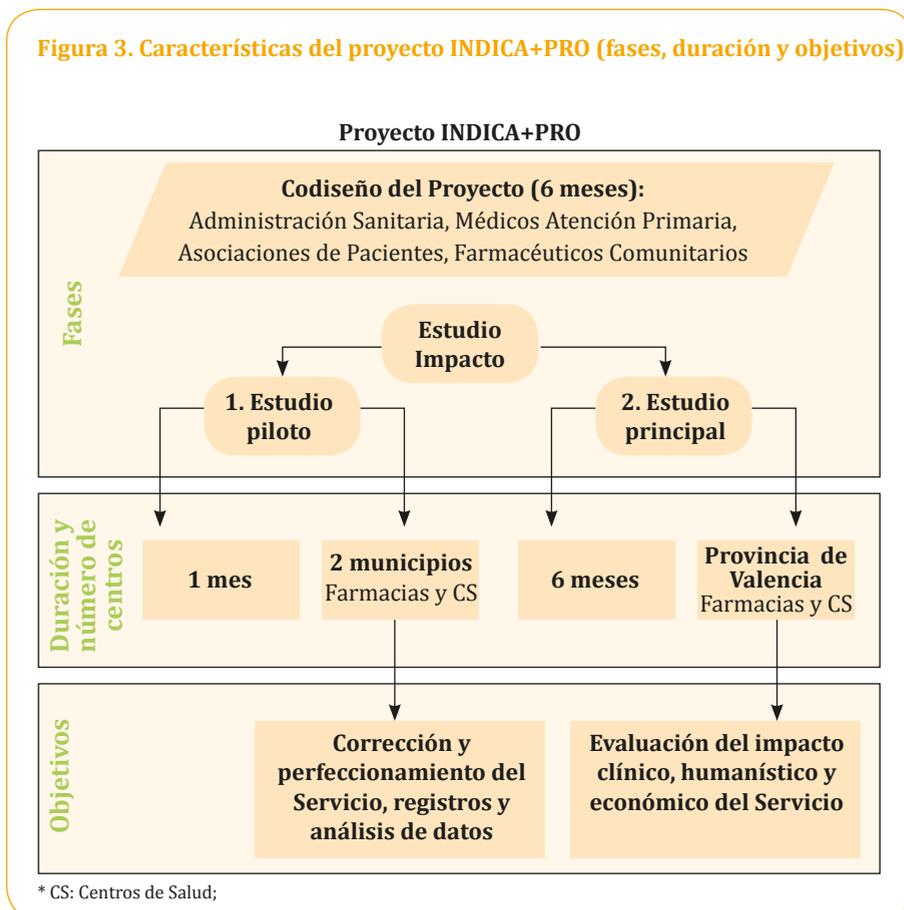
3. Impacto económico: Evaluar el coste-utilidad del SIF realizado en el grupo de Farmacia Comunitaria intervención comparado con la consulta por síntomas menores en los Centros de Salud.

IND
ICA+
PRC

método

3.1. Diseño del estudio

Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados dividido en dos fases, estudio piloto y estudio principal.



3.2. Codiseño del Servicio

Se llevó a cabo una fase previa a la realización del ensayo controlado, el codiseño del Servicio. El codiseño permite la organización de un servicio de forma más efectiva y eficiente⁶² ya que considera los puntos de vista de todas las partes implicadas en un servicio con el fin de conseguir mejoras e innovaciones⁶³. En este caso participaron médicos de Atención Primaria, asociaciones de pacientes, farmacéuticos comunitarios y

la Administración Sanitaria durante 6 meses (*Anexo 1*).

Ello permitió establecer vías homogéneas de derivación en aquellos casos que lo requiriesen aumentando la seguridad de los pacientes. Para ello y como parte de este codiseño se realizaron los “Protocolos de actuación en Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”⁶⁴, se trata de una herramienta basada en la última evidencia disponible y consensuada entre médicos y farmacéuticos “con el propósito de contribuir a la mejora continua de la actuación del farmacéutico en el manejo de síntomas menores, con énfasis en la definición de indicadores que señalan la necesidad de derivar el paciente al médico de Atención Primaria”⁴.

La elaboración de los protocolos se realizó mediante un panel de expertos compuestos por cuatro médicos de familia de las asociaciones SemFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) y Semergen (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), cuatro farmacéuticos comunitarios procedentes de SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria) y del MICOF (Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia), especializados en el tema de los síntomas menores y un moderador del grupo de investigación, mediante una serie de reuniones (*Anexo 1*). Una primera reunión con el objetivo de organizar el panel, determinar la función de cada uno de los miembros, el método de obtención de datos (revisiones por pares, farmacéutico-médico, de la bibliografía) y organización del calendario de trabajo; y tres reuniones posteriores para el consenso y organización de los resultados obtenidos mediante revisión de la bibliografía.

Las reuniones fueron facilitadas por el moderador y audio grabadas mediante consentimiento previo para la elaboración de un documento con las conclusiones de cada reunión, llevándose a cabo un análisis cualitativo.

Como resultado se consensuaron protocolos normalizados de trabajo para 12 síntomas menores diferentes distribuidos en 4 grupos:

- » Respiratorios: Congestión nasal, síndrome gripal/catarral, tos.
- » Digestivos: Acidez o pirosis, diarrea aguda, meteorismo o flatulencia, vómitos.
- » Dolor moderado: Cefalea, dolor de garganta, dolor menstrual o dismenorrea.
- » Dermatológicos: Herpes labial, pie de atleta.

Para cada uno de estos síntomas menores se siguió la misma estructura:

- »» Concepto: describe el síntoma menor, diferenciándolo de otros problemas de salud.
- »» Causas más frecuentes: posibles causas que originen el síntoma menor, incluyendo medicamentos que pueden causar el síntoma.
- »» Criterios de derivación: tiempo crítico de evolución del síntoma tras el cual el farmacéutico puede sospechar que no se trata de un síntoma menor; al igual que la definición de otros síntomas o signos que, cuando los manifiesta o se reconocen en el paciente, señalan la necesidad de la valoración por parte del médico (indicadores de alarma).
- »» Tratamiento, dividido en tres apartados:
 - »» Prevención.
 - »» Tratamiento no farmacológico: incluye recomendaciones higiénicas, nutricionales, cambio del estilo de vida, etc.
 - »» Tratamiento farmacológico: considera aquellos principios activos incluidos en medicamentos publicitarios (sin receta médica) con indicación para el síntoma menor. Así como su posología, interacciones, contraindicaciones y reacciones adversas. Incluye tanto tratamientos con un único principio activo como aquellos en asociación.
- »» Bibliografía consultada: fuentes bibliográficas utilizadas en la elaboración del documento.

Estos protocolos⁶⁴ desarrollados de forma ordenada, clara y práctica mediante colaboración entre profesionales de la medicina y la farmacia con énfasis en la definición de indicadores que señalan la necesidad de derivar el paciente al médico de Atención Primaria. Serán utilizados como parte de la actuación del farmacéutico comunitario en el grupo intervención en las siguientes fases del estudio (estudios piloto y principal).

3.3. *Ámbito de estudio*

El estudio tuvo lugar en las Farmacias Comunitarias y Centros de Salud de los municipios incluidos de la provincia de Valencia.

El piloto tuvo una duración de 1 mes y se llevó a cabo durante el mes de Julio de 2017 mientras que el estudio principal tuvo una duración de 6 meses desde diciembre de 2017 hasta mayo de 2018.

3.4. *Población de estudio*

La población de estudio estuvo constituida por aquellos pacientes que acudieron a las Farmacias Comunitarias y Centros de Salud de los municipios participantes incluidos de la provincia de Valencia.

3.4.1. *Selección de la muestra*

Se incluyeron los municipios que se muestran en el Anexo 2, pertenecientes a cuatro departamentos de salud de la provincia de Valencia (Departamentos Xàtiva-Ontinyent, Sagunt, Arnau de Vilanova-Llíria y Manises). La selección de la muestra se realizó como muestra la Figura 4.

Las Farmacias Comunitarias incluidas fueron aquellas voluntarias de los municipios



aleatorizados de la provincia de Valencia. Dichas farmacias participantes debían contar con los siguientes recursos materiales y humanos:

- »» Atender a todas las sesiones formativas previamente al inicio del trabajo de campo.
- »» Contar con al menos un farmacéutico prestador del SIF por farmacia.

El MICOF se encargó de informar a todas las farmacias de los municipios elegidos sobre el estudio a realizar, siendo responsable del reclutamiento mediante la obtención de un consentimiento de participación firmado (Anexo 3). Posteriormente, los farmacéuticos de las farmacias participantes fueron citadas para la formación, que era diferente según pertenecieran a las farmacias del municipio control o intervención.

Los Centros de Salud fueron aquellos centros voluntarios de los municipios seleccionados de la provincia de Valencia. El Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia se puso en contacto con los directores de Atención Primaria y con las unidades de investigación correspondientes e informó a todos los Centros de Salud de los objetivos y la metodología del SIF. Los profesionales sanitarios de dichos Centros de Salud que decidieron participar voluntariamente firmaron un compromiso de participación en el estudio (Anexo 3).

En el Anexo 2 se detallan las características de los municipios incluidos en cuanto a población y número de centros existentes según el Instituto Nacional de Estadística⁶⁵ y la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana⁶⁶, tanto para el estudio piloto como para el estudio principal. La aleatorización de los municipios se realizó mediante secuencia de números aleatorios generada de forma automática.

3.5. Cálculo muestral

En base a los objetivos del estudio que pretenden medir el impacto del Servicio protocolizado, se realizó el cálculo del tamaño muestral basado en los siguientes supuestos:

- »» La resolución del síntoma menor tras 14 días de la consulta se dio en el 44,3% de los pacientes según se desprende de un estudio realizado en 2015³¹.

- » El número de consultas posteriores por el mismo síntoma menor se da en el 23,4% de los pacientes según se desprende de un estudio realizado en 2011³³.
- » El SIF protocolizado muestra una mayor probabilidad de derivar al usuario al médico, derivando en un 12,4% de los casos según se desprende del trabajo de Ocaña et al¹¹.
- » El uso correcto del medicamento no sujeto a prescripción médica se da en el 82% de los pacientes según se desprende de diferentes trabajos^{67,68}.

Se utilizó el programa *Power and Sample Size Calculation* versión 3.0 2009 (Vanderbilt University) para demostrar una diferencia del 10% en los objetivos entre grupos con una potencia del 90% ($1-\beta=0,90$) y un error tipo 1 del 5% ($\alpha=0,05$). Se estimó necesaria una muestra de 660 pacientes y 30 farmacias. Teniendo en cuenta además un 10% de pérdidas, la muestra estimada fue de 726 pacientes.

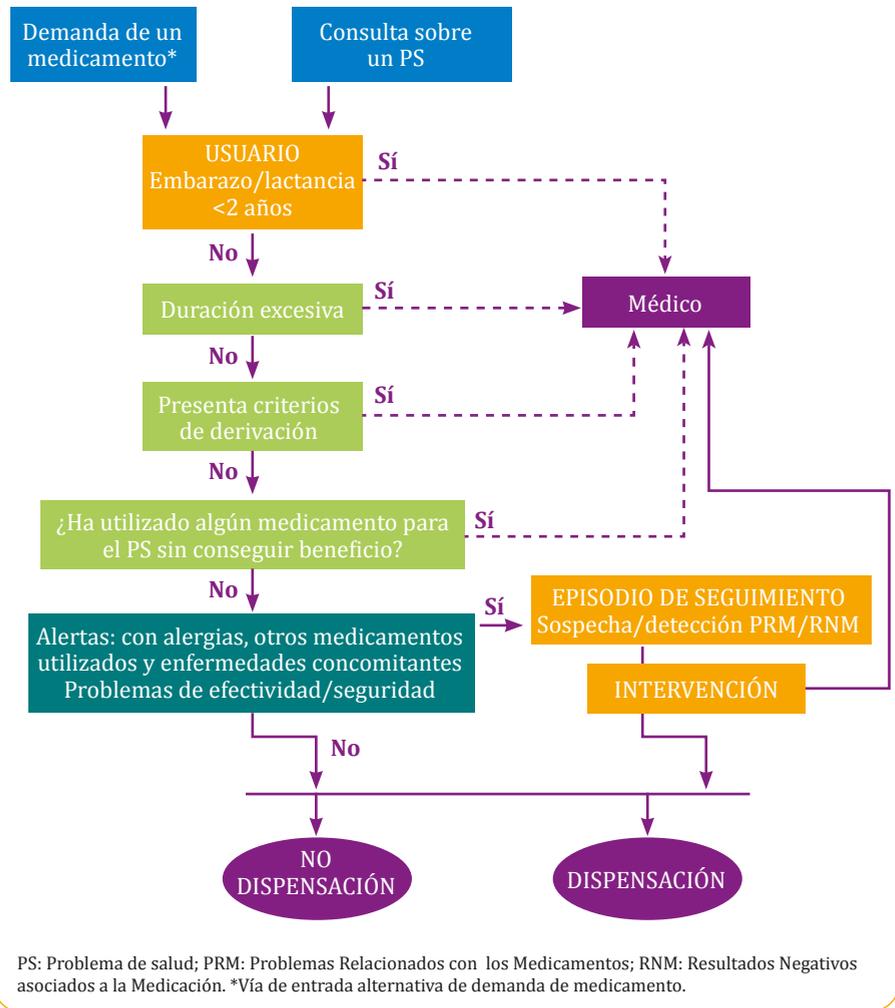
3.6. Intervenciones

3.6.1. Intervención farmacéutico-paciente

El farmacéutico debía seguir el procedimiento descrito por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria para el Servicio de Indicación Farmacéutica¹ en el que, como se ha comentado anteriormente, solo se contempla una vía de acceso al servicio mediante la consulta de un síntoma menor por parte del paciente. Para el estudio se incluyó una vía de acceso adicional que fue la automedicación o demanda directa del medicamento por parte del paciente para un síntoma menor. Esta nueva vía permite la evaluación del uso correcto de los medicamentos publicitarios por parte de los usuarios del servicio como muestra la Figura 5.

Esta nueva vía de acceso puede ser transformada en una indicación farmacéutica mediante la pregunta “¿para qué problema de salud solicita el medicamento?”, de forma que la razón de la consulta se convierta en un problema de salud que será evaluado por el farmacéutico de la misma manera como se hace en el SIF. Entre las intervenciones que puede realizar el farmacéutico tras la valoración, se encuentra la dispensación de tratamiento farmacológico; en el caso de la demanda de un medicamento por parte

Figura 5. Procedimiento foro AF-FC para el servicio de indicación farmacéutica considerando una vía de entrada alternativa de demanda de medicamento.



del paciente se valorará si finalmente recibe la medicación demandada (uso correcto del medicamento) u otra intervención diferente, tratamiento farmacológico diferente al demandado, derivación al médico u otros servicios farmacéuticos o tratamiento no farmacológico (uso incorrecto del medicamento).

Para completar la intervención, se utilizaron los “Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”⁶⁴ consensuados mediante el panel de expertos en la primera fase de codiseño para cada uno de los doce síntomas

menores. Estos protocolos incluyen cada uno de los criterios de derivación que se tendrían en cuenta en la etapa de evaluación del servicio descrita por Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria¹, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que serían utilizados en la etapa de actuación.

Como refuerzo de los consejos emitidos por el farmacéutico comunitario sobre el tratamiento no farmacológico se elaboraron folletos con consejos específicos para el autocuidado del paciente en cada uno de los doce síntomas menores, información (Anexo 4) que entregaron dichos farmacéuticos en el momento de la consulta, tanto por consulta sobre un síntoma menor como por automedicación.

3.6.1.1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes

Contemplando ambas vías de acceso al servicio (consulta sobre síntoma menor y demanda de medicamento para los mismos), los criterios de inclusión y exclusión del paciente fueron los siguientes (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes de 16 años o más o pacientes de más de 2 años acompañados del representante legal o tutor.	Cuidadores de pacientes de 16 años o mayores.
Pacientes que acudieron a la farmacia para la consulta sobre alguno de los síntomas menores incluidos (acidez o pirosis, cefalea, congestión nasal, diarrea aguda, dolor de garganta, dolor menstrual o dismenorrea, herpes labial, meteorismo, pie de atleta, síndrome gripal/catarral, tos, vómitos) o para la demanda de un medicamento para alguno de dichos síntomas menores.	Pacientes que no diesen su consentimiento informado para participar en el estudio. Usuario, es decir, persona diferente del paciente o cuidador.

3.6.2. Intervención con el farmacéutico

Los farmacéuticos del grupo intervención recibieron formación y apoyo por parte del grupo de investigación en diferentes momentos del estudio:

1. *Formación previa al estudio:* Los farmacéuticos participantes fueron formados antes del comienzo del estudio por expertos (médicos y farmacéuticos), en la prestación del Servicio de Indicación Farmacéutica durante un periodo aproximado de 12 horas. El objetivo de las sesiones fue dotar a los farmacéuticos de los conocimientos clínicos y habilidades necesarias para la realización del servicio. Las competencias a desarrollar incluyeron:

- » Implantación del servicio en concordancia con las Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España⁶⁹.
- » Mejora del conocimiento para una evaluación y tratamiento de los síntomas menores de calidad, incluyendo la dispensación de los medicamentos publicitarios apropiados.
- » Mejora de las técnicas y habilidades de comunicación con los pacientes, médicos y Centros de Salud.
- » Asesoramiento adecuado al paciente sobre el uso de medicamentos publicitarios.
- » Derivación apropiada a otros profesionales sanitarios mediante la correcta detección de indicadores de alarma y duración inadecuada de los síntomas (criterios de derivación).
- » Registro y documentación de las actividades relacionadas con el Servicio de Indicación Farmacéutica.

2. *Formación durante el estudio por un Formador Colegial (FoCo).* El Formador Colegial fue un farmacéutico del MICOE parte del equipo investigador “responsable de realizar formación y asesoría in-situ a los farmacéuticos participantes, además de ofrecer apoyo continuo a las farmacias implicadas para tratar de solucionar cualquier dificultad o duda que surgiese durante la realización o adaptación de la farmacia al servicio”⁷⁵.

Durante el mes de duración del estudio piloto y los seis meses del estudio principal, el FoCo realizó visitas in situ a las farmacias para realizar las intervenciones oportunas con los farmacéuticos que permitiesen a la farmacia adaptarse al servicio según había sido planteado. Además, los farmacéuticos participantes contaron con el apoyo del FoCo vía telefónica y vía email durante todo el estudio para la resolución de dudas.

Los farmacéuticos de las farmacias control y médicos de los Centros de Salud participantes recibieron información al inicio del estudio centrada exclusivamente en el protocolo del estudio y recogida de datos. Los farmacéuticos del grupo control recibieron la misma formación presencial que los farmacéuticos asignados al grupo intervención posteriormente a la finalización del trabajo de campo.

3.7. Recogida de los datos

Los farmacéuticos comunitarios previa información al paciente (Anexo 5) y recogida del consentimiento informado (Anexo 6), registraron tanto las consultas de síntomas menores como de automedicación mediante un programa informático diseñado para tal fin (www.investigacionsefac.org/indicapro/) (Anexo 7), que diferenciaba entre las farmacias control y las farmacias intervención (el grupo intervención disponía de los criterios de derivación consensuados en la misma plataforma de registro para facilitar la evaluación del paciente). Este programa se puso a prueba durante el estudio piloto para su perfeccionamiento tras el feed-back recibido de las farmacias participantes.

En cuanto a los registros de los pacientes reclutados en los Centros de Salud (Anexo 8) fueron recogidos mediante registro de papel. El FoCo se encargó de recoger estos registros directamente en los Centros de Salud participantes al finalizar el estudio.

Los pacientes reclutados en el Centro de Salud recibieron una llamada telefónica por parte del equipo investigador el día de la consulta (Anexo 8) para la recogida de los datos no registrados durante la consulta del médico (por ejemplo: cuestionario de calidad de vida EuroQuol EQ 5D-5L).

Todos los pacientes, tanto los reclutados en la farmacia como en el Centro de Salud, fueron contactados mediante llamada telefónica (Anexo 9) por parte del equipo investigador a los

10 días de la consulta para la realización de la entrevista sobre el resultado de la consulta.

3.8. Definición operacional de las variables

Las variables utilizadas en el estudio se incluyen en el Anexo 10. Las variables resultado recogidas durante el Servicio de Indicación Farmacéutica y la consulta en el Centro de Salud fueron:

- Derivación apropiada: Derivación a otro profesional sanitario, realizada cuando el paciente cumple alguno de los criterios de derivación descritos en los protocolos de actuación de cada uno de los síntomas menores acordados mediante expertos.
- Uso correcto del medicamento: En aquellos casos de automedicación en los que el paciente demanda un medicamento concreto para uno de los doce síntomas menores, se considera uso correcto del medicamento aquellos casos en los que, tras la evaluación de la situación concreta del paciente, el farmacéutico recomienda el tratamiento demandado por el paciente al inicio de la consulta.

Las variables resultado obtenidas mediante la entrevista telefónica al paciente a los 10 días de la consulta tanto en farmacia como en el Centro de Salud fueron:

- Mejoría del síntoma menor: Entendida como la percepción del paciente sobre el problema de salud a los 10 días de la consulta y medida mediante entrevista telefónica al paciente. Para ello se consideró una escala Likert entre 1 (ninguna mejoría) y 5 (completamente resuelto). Además, en aquellos casos en los que hubo una completa resolución de los síntomas, se preguntó al paciente el número de días transcurridos desde la consulta tanto en farmacia como en Centro de Salud hasta la completa resolución.
- Consulta repetida por el mismo síntoma menor: En este caso se preguntaba al paciente “¿Tuvo que realizar otra consulta posterior por el mismo síntoma menor?”, en caso afirmativo se recogía además el número de consultas posteriores realizadas, el ámbito de las mismas (pudiendo tratarse de Farmacia Comunitaria, médico de Atención Primaria, médico de Atención Continuada o Servicio de

urgencias) y el resultado de la consulta (con/sin tratamiento farmacológico detallando el medicamento en caso de existir).

- » Satisfacción tras la consulta recibida en farmacia y en Centro de Salud: Opinión personal de la paciente valorada entre 1 (nada satisfecho) y 5 (completamente satisfecho).
- » Disposición para utilizar la Farmacia Comunitaria como lugar de tratamiento del mismo síntoma menor en el futuro (variable dicotómica Sí/No).

3.9. Análisis estadístico

Los datos se analizaron según el diseño del estudio, estudio controlado aleatorizado por conglomerados. A partir del programa estadístico de libre distribución R versión 3.5.0 para Windows, se realizó el siguiente análisis:

Inicialmente se describió el perfil de la muestra calculando medias y desviaciones típicas o medianas y percentiles, según su distribución normal o no, respectivamente, para las variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Esta descripción se hizo para la totalidad de la muestra y se segmentó para el grupo de intervención.

Para estudiar posibles diferencias según grupo se aplicaron test estadísticos según el tipo de variable incluida en la hipótesis: para las variables cuantitativas se compararon medias, una vez estudiada su normalidad con el test de Kolmogorov Smirnov, con el test de la T-Student o ANOVA, según se comparasen los tres grupos iniciales o sólo las farmacias. Para las variables cualitativas, se aplicó el test de Chi-Cuadrado corrigiéndose por Fisher o Yates en tablas 2x2 según necesidad.

Para la comparación en el tiempo de las medidas de estado de salud y mejora e índices de utilidad, se ajustaron Modelos Lineales Generales para Medidas Repetidas ajustando con el estadístico Lambda de Wilks.

Se asumieron valores estadísticamente significativos $p < 0,05$.

3.10. Estudio Farmacoeconómico

3.10.1. Estimación del coste: Análisis coste-utilidad

El análisis de coste-utilidad es un método de evaluación económica basada en la valoración que el ciudadano tiene respecto a su estado de salud (utilidad). Una vez determinadas las utilidades, se calculan y compara el ratio (coste/utilidad) de cada una de las alternativas (SIF Protocolizado respecto de la atención habitual en farmacia como en los Centros de Salud). El análisis se realizó desde el punto de vista de la sociedad, considerando costes directos incurridos por el sistema sanitario y las Farmacias Comunitarias, y costes indirectos derivados de los pacientes, de acuerdo con la metodología estándar de evaluación económica. Como costes directos se consideraron para el grupo intervención y los dos controles (Farmacia Comunitaria y Centro de Salud), el tiempo empleado por el profesional sanitario y el consumo de fármacos, en el caso del grupo de intervención en la farmacia se tuvo en cuenta además, el tiempo empleado en la formación previa. La diferencia de costes entre el Servicio de Indicación Farmacéutica y el grupo control, tanto en farmacia como en Centro de Salud, radicó en el tiempo empleado por el profesional sanitario durante la consulta y su remuneración, la medicación prescrita/indicada.

En la evaluación económica se consideró de manera independiente la Atención Primaria (consultas del médico de familia para las que el paciente necesita cita previa) y la Atención Continuada (consultas de urgencias disponibles en el Centro de Salud para las que el paciente no necesita concertar cita con antelación). Esta diferenciación se realizó debido a la importante diferencia de precios entre dichas consultas (56,95€ en Atención Primaria y 105,27€ en Atención Continuada)⁷⁰.

Para la estimación del coste de los medicamentos dispensados y prescritos se tuvieron en cuenta los PVP oficiales de septiembre de 2018 incluidos en la base de datos del conocimiento sanitario Bot PLUS⁷¹.

El cálculo del coste de consulta en cada caso se obtuvo de la siguiente forma:

- » Para Atención Primaria y Continuada el coste se extrajo de la ley 20/2017 de la Generalitat Valenciana⁷⁰.

- » El cálculo del coste en el caso de Farmacia Comunitaria se realizó determinando el coste laboral del farmacéutico que realiza el Servicio. El coste laboral de un farmacéutico se puede expresar en euros por tiempo empleado en realizar la actividad, por ello se utilizó el XXV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia (2014)⁷², diferenciando entre adjuntos y titulares (para el coste laboral del farmacéutico titular, puesto que no está estipulado según convenio, se consideró además el plus de regencia).

Para la estimación del coste de estructura se hizo uso del dato calculado para el mantenimiento de otro tipo de servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria⁷³, calculado en 2.883,43€ al año, imputando el coste proporcional a cada paciente susceptible de recibir el servicio. Según un estudio del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)⁷⁴ se estima que entre el 15-20% de los pacientes atendidos en farmacia corresponden al SIF. En otro estudio, se ha estimado una media de 120⁷⁵ pacientes atendidos diariamente en la farmacia. Usando estos datos, se estimó que cada farmacia atiende mediante el SIF a 5400 pacientes anuales.

Respecto al coste de formación se calculó teniendo en cuenta, por un lado, los costes de preparación del curso correspondientes a 4 horas diarias durante 3 días (sala de audiovisuales, salarios de los ponentes médicos y farmacéuticos, desplazamientos y alojamientos) imputados a los 30 farmacéuticos potenciales de recibir formación. Y por otro lado el coste del tiempo del farmacéutico invertido en las horas del curso valorado, como horas de trabajo en la farmacia.

Para analizar la incertidumbre en las variables y verificar la robustez del caso base, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad utilizando bootstrap. La incertidumbre debida al muestreo se estimó obteniendo 1.000 bootstrap de los datos y reestimando el modelo en cada simulación. A partir de los parámetros estimados en el bootstrap, se representó el plano coste-efectividad y la curva de aceptabilidad. El primero muestra la distribución conjunta de la diferencia en costes y efectividad. La curva de aceptabilidad representa la proporción de simulaciones en las que la intervención resulte coste-efectiva por encima de un rango de valores del umbral del coste “años de vida ajustados por calidad (AVAC).

3.10.2. Calidad de vida a partir de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC)

La medida de resultados en salud que se contemplaron fueron los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). Los AVAC se obtienen multiplicando los años de vida por la calidad de vida del paciente estimado a partir de medidas de utilidad multiatributo: EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L).

La evaluación se realizó mediante la estimación del ratio coste-utilidad incremental (RCUI) dividiendo la diferencia de costes por la diferencia de AVAC entre el Servicio de Indicación Farmacéutica y la atención habitual (Farmacia Comunitaria y Centros de Salud).

3.11. Aspectos éticos

El estudio se realizó siguiendo los “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” que se incluyen en la Declaración de Helsinki (Fortaleza, octubre 2013). Tanto la indicación de los tratamientos desde la Farmacia Comunitaria de los pacientes que participaron en el estudio como el asesoramiento en la automedicación tuvo en cuenta la situación concreta de cada paciente para evitar cualquier posible interacción o contraindicación.

El estudio se desarrolló en cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica ICH/BPC (Conferencia Internacional de Armonización) y de acuerdo al protocolo presentado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Humana de la Universidad de Granada (CEIH-UGR) registrado con el número 331/CEIH/2017 y por la Comisión de Investigación del Departamento de Salud Xátiva - Ontinyent (Hospital “Lluís Alcanyís” de Xátiva) (Anexo 11).

Consideraciones sobre información a los sujetos y consentimiento informado

El farmacéutico participante en la farmacia y el médico en los Centros de Salud, informaron a los pacientes sobre la participación en el estudio a través de la Hoja de Información al Paciente (Anexo 5), asegurándose de que entendiesen la información antes de otorgar su consentimiento. El paciente debía firmar el Consentimiento Informado (Anexo 6) del que recibía copia, sabiendo que podía abandonar el estudio en cualquier momento.

Manejo y confidencialidad de los datos

Toda información fue desprovista de cualquier dato identificativo como indica la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal para garantizar y proteger los derechos fundamentales de los participantes en el estudio. La información fue codificada, anonimizada y haciéndose referencia a los datos mediante números asignados al azar tanto en la información que se publique y como en la que no. Toda la información recolectada fue almacenada en el repositorio del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) siendo accesible únicamente a personal autorizado.

IND
ICA+
PRC

resultados

La exposición de los resultados se realizará en dos bloques, un primer bloque que comparará los dos grupos de farmacias, control e intervención, y un segundo bloque comparando los dos grupos de farmacia con el Centro de Salud.

Caracterización de la muestra

La unidad de muestreo fue el municipio, incluyéndose finalmente 26 municipios como se muestra en la Tabla 2 y se detalla en el Anexo 2.

Tabla 2. Municipios y centros participantes en el estudio

	Nº Municipios	Nº Farmacias	Nº Farmacéuticos
Intervención, n (%)			
Voluntarios	7 (63,6)	13 (41,9)	20 (43,5)
Perdidos	4 (36,4)	18 (58,1)	26 (56,5)
Total participantes	11 (100)	31 (100)	46 (100)
Control			
Voluntarios	14 (93,3)	14 (73,7)	22 (56,4)
Perdidos	1 (6,7)	5 (26,3)	17 (43,6)
Total participantes	15 (100)	19 (100)	39 (100)

Hubo un mayor número de municipios participantes en el grupo control (n=14) en comparación con el grupo intervención (n=7) puesto que los del grupo control eran municipios más pequeños, como se observa en la Tabla 3, con una mediana aproximada de 7.000 habitantes en el grupo control y 40.000 en el grupo intervención. El número de farmacias en ambos grupos fue similar.

Los dos municipios que participaron en el estudio piloto (dos de los municipios con mayor número habitantes y, por tanto, de farmacias) fueron incluidos en el grupo intervención precisamente por participación en el estudio piloto y evitar así posibles sesgos. Se produjeron mayores pérdidas en estos dos municipios, participando únicamente 8 de las 20 farmacias que se habían incluido en el estudio piloto, debido principalmente a tres razones:

- »» Los estudios piloto y principal tuvieron una secuencia temporal próxima.
- »» Ausencia de formación repetida en este grupo de farmacias.
- »» Seguimiento menos intensivo por parte del formador colegial.

Tabla 3. Características de las farmacias participantes

	FC (n=14)	FI (n=13)	Total (n=27)	p-valor
Distancia al CS (m) P50 [P25-P75]	350 [265-487]	350 [250-550]	350 [255-525]	0,403
Horario apertura (horas), n (%)				
13	0 (0,0)	2 (15,4)	2 (7,4)	
12	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (3,7)	
8	9 (64,3)	8 (61,5)	17 (63,0)	
4	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (3,7)	
Otro	3 (21,4)	3 (23,1)	6 (22,2)	0,312
Habitantes municipio P50 [P25-P75]	7.150 [5.008- 15.032]	4.0000 [28.000-40.000]	18.000 [5.966-40.000]	0,001
Farmacéuticos empleados P50 [P25-P75]	2 [2-3]	3 [2-3]	2 [2-3]	0,163
Personal empleado P50 [P25-P75]	4 [3-5]	4 [4-6]	4 [4-5]	0,156
Facturación (€), n (%)				
<300.000	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (4,3)	
300.001-600.000	2 (14,3)	2 (22,2)	4 (17,5)	
600.001-900.000	4 (28,6)	4 (44,4)	8 (34,8)	
900.001-1.200.000	5 (35,7)	3 (33,3)	8 (34,8)	
1.200.000-2.000.000	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (4,3)	
>2.000.000	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (4,3)	0,772

FC: Farmacia Control; FI: Farmacia Intervención; CS: entro de salud; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

Las características de las farmacias que finalmente participaron se recogen en la Tabla 3.

Las farmacias en ambos grupos eran comparables a excepción del tamaño del municipio, como se ha comentado anteriormente. A pesar de esta diferencia, el número de farmacias participantes en cada grupo fue similar, así como el número de farmacéuticos participantes. Las características de los farmacéuticos se incluyen en la Tabla 4.

Los farmacéuticos participantes en ambos grupos tuvieron características comparables entre sí en cuanto a sexo, edad, tiempo de ejercicio y formación en Atención Farmacéutica. La única diferencia radicó en que en el grupo control hubo mayor número de titulares

Tabla 4. Caracterización de los farmacéuticos participantes

	FC (n=22)	FI (n=20)	Total (n=42)	p-valor
Sexo, n (%)				
Hombre	6 (27,3)	5 (25,0)	11 (25,6)	0,867
Mujer	16 (72,7)	15 (75,0)	31 (74,4)	
Edad (años)				
P50 [P25-P75]	42 [35-53]	41 [34-48]	41 [34-50]	0,420
Ejercicio, n (%)				
Adjunto	10 (45,5)	15 (75,0)	25 (59,5)	0,051
Titular	12 (54,5)	5 (25,0)	17 (40,5)	
Tiempo ejercicio (años)				
P50 [P25-P75]	17 [10-25]	15 [9-18]	15 [10-24]	0,592
Formación AF, n (%)				
Sí	17 (77,3)	17 (85,0)	34 (81,0)	0,524
No	5 (22,7)	3 (15,0)	8 (19,0)	
Formación AF, n (%)				
No	5 (22,7)	3 (15,0)	8 (19,0)	0,492
Asignatura grado	1 (4,5)	4 (20,0)	5 (11,9)	
Capacitación profesional	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (2,4)	
Formación continua	10 (45,5)	9 (45,0)	19 (45,2)	
Especialización	1 (4,5)	0 (0,0)	1 (2,4)	
Máster	4 (18,2)	3 (15,0)	7 (16,7)	
Doctorado	1 (4,5)	0 (0,0)	1 (2,4)	

FC: Farmacia Control; FI: Farmacia Intervención; AF: Atención Farmacéutica; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

(n=12) que participaron que en el grupo intervención (n=5). En España, las funciones profesionales de farmacéuticos titulares y adjuntos son las mismas, y puesto que tanto la experiencia (tiempo de ejercicio) como la formación en Atención Farmacéutica fueron similares, esta característica no debería implicar ninguna modificación en el resultado. Aún así, el grado de motivación podría variar debido a que el farmacéutico titular es empleado por cuenta propia y el farmacéutico adjunto lo es por cuenta ajena. Sin embargo, aunque se observaron diferencias en cuanto al tiempo empleado por cada profesional con el paciente (el titular empleó mayor tiempo en la consulta, 8 minutos en el grupo intervención y 6,57 minutos en el grupo control; que el farmacéutico adjunto que empleó 5,35 minutos en el grupo intervención y 4,95 minutos en el grupo control), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mejoría de los pacientes tras 10 días de la consulta entre adjuntos y titulares.

En la Tabla 5 se describen las características de los pacientes que acudieron a consulta en Farmacia Comunitaria tanto por consulta sobre un síntoma menor como por demanda de un medicamento para un síntoma menor. Como se aprecia en dicha tabla, aproximadamente el 70% (n=564) de las consultas registradas en cada grupo consistieron en consultas por síntoma menor, siendo el 30% (n=244) registrado consultas por demanda directa de un medicamento para autocuidado por parte del paciente.

El 63% (n=510) de los pacientes registrados fueron mujeres, la edad media de los pacientes fue 48 años y la mayoría de ellos, el 65,5% (n=529), consultó o demandó un medicamento para autocuidado para un síntoma menor respiratorio.

El 21% (n=171) de los pacientes ya había tratado el síntoma menor con algún medicamento antes de dicha consulta. Estos pacientes que ya habían tratado el síntoma menor también fueron mayoría mujeres con síntomas menores respiratorios y de dolor moderado (70,76% y 21,5%), con mayor duración de los síntomas.

El 91,6% de los pacientes ya había padecido el síntoma menor en ocasiones anteriores a la consulta, es decir, tan solo el 8,4% (n=68) de todos los pacientes consultaba por el síntoma menor por primera vez, de los cuales la mayoría (82,3%, n=56) realizaron una consulta por síntoma menor en lugar de demandar un medicamento.

Casi la mitad de los pacientes (45,8%, n=370) padecía al menos un problema de salud crónico diferente del síntoma menor tratado con una mediana de 0 medicamentos y percentil 75 de 2 medicamentos.

El 87,1% (n=453) de los pacientes que acudieron a Farmacia Comunitaria por un síntoma menor tenía asistencia sanitaria pública y la mayoría de ellos, el 90%, tenía estudios, correspondiendo al graduado escolar en el 39% (n=202) de los casos, estudios medios el 30% (n=157) y universitarios en el 20% (n=106) de los pacientes.

Los pacientes de los dos grupos tenían características comparables a excepción de la situación laboral, en la que observamos que se recogieron mayor número de consultas a trabajadores en el grupo control alcanzando el 59,3% (n=172). Sin embargo, en el grupo intervención hubo mayor número de consultas a jubilados, desempleados y personas

Tabla 5. Características de los pacientes incluidos en farmacia comunitaria

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Sexo, n (%)				
Hombre	173 (35,7)	125 (38,7)	298 (36,9)	0,424
Mujer	312 (64,3)	198 (61,3)	510 (63,1)	
Edad (años), media (DE)	47,4 (17,2)	48,1 (15,9)	47,9 (16,6)	0,552
Tipo consulta, n (%)				
Consulta sobre SM	329 (67,8)	235 (72,8)	564 (69,8)	0,157
Demanda de medicamento	156 (32,2)	88 (27,2)	244 (30,2)	
Tipo SM, n (%)				
Respiratorios	309 (63,7)	220 (68,2)	529 (65,5)	0,309
Digestivos	52 (10,7)	24 (7,4)	76 (9,4)	
Dermatológicos	28 (5,8)	14 (4,3)	42 (5,2)	
Dolor	96 (19,8)	65 (20,1)	161 (19,9)	
Duración SM (días) P50 [P25-P75]	2 [2-4]	2 [1-4]	2 [2-4]	0,646
Primera vez SM, n (%)				
Sí	42 (8,7)	26 (8,0)	68 (8,4)	0,860
No	443 (91,3)	297 (92,0)	740 (91,6)	
SM ya tratado, n (%)				
Sí	110 (22,7)	61 (18,9)	171 (21,2)	0,228
No	375 (77,3)	262 (81,1)	637 (78,8)	
Otro PS, n (%)				
Sí	222 (45,8)	148 (45,8)	370 (45,8)	1,000
No	263 (54,2)	175 (54,2)	438 (54,2)	
Nº medicamentos para otro PS P50 [P25, P75]	0 [0-2]	0 [0-2]	0 [0-2]	0,659
Asistencia sanitaria*, n (%)				
Pública	253 (86,9)	200 (87,3)	453 (87,1)	0,553
Mixta	32 (11,0)	24 (10,5)	56 (10,8)	
Privada	4 (1,4)	5 (2,2)	9 (1,7)	
No sabe	2 (7,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Situación laboral*, n (%)				
Trabajador	172 (59,3)	112 (48,9)	284 (54,6)	0,021
Doméstico	23 (7,9)	25 (10,9)	48 (9,2)	
Desempleado	21 (7,2)	29 (12,7)	50 (9,6)	
Jubilado	46 (15,9)	48 (20,9)	94 (18,1)	
Estudiante	14 (4,7)	9 (3,9)	23 (4,4)	
Otra	14 (4,7)	4 (1,8)	18 (3,5)	
Nivel de estudios*, n (%)				
Sin estudios	26 (8,9)	14 (6,1)	40 (7,7)	0,423
Graduado	114 (39,2)	88 (38,4)	202 (38,8)	
Medios	84 (28,9)	73 (31,9)	157 (30,2)	
Universitarios	60 (20,6)	46 (20,1)	106 (20,4)	
No sabe	2 (0,7)	5 (2,2)	7 (1,4)	
Índice utilidad, media (DE)	0,89 (0,14)	0,87 (0,12)	0,88 (0,13)	0,043
EQ-VAS, media (DE)	71,4 (19,6)	68,2 (19,0)	70,1 (19,4)	0,021
Total, n (%)	485 (100)	323 (100)	808 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor; PS: Problema de salud; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación estándar.

*Estos datos fueron recogidos mediante la entrevista telefónica a los 10 días de la consulta en Farmacia Comunitaria, en la que respondieron 291 pacientes del grupo control y 229 del grupo intervención.

con empleo doméstico con diferencias estadísticamente significativas. Ello puede estar relacionado con otra de las diferencias observables entre grupos, la calidad de vida percibida por los pacientes en ambos grupos; los resultados obtenidos tanto por la escala visual como por el índice de utilidad mostraron que los pacientes del grupo control tenían mejor percepción de su calidad de vida que en el grupo intervención.

En la Tabla 6 se detalla el resultado de la consulta según los dos grupos de Farmacias Comunitarias.

En el total de los pacientes que consultaron en farmacia, tanto por consulta por

Tabla 6. Resultado de la consulta en farmacia comunitaria

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor	
TF, n (%)	Sí	429 (88,5)	298 (92,3)	727 (90,0)	0,100
	No	56 (11,5)	25 (7,7)	81 (10,0)	
Nº mtos recomendados, media (DE)	1 (0,5)	1,0 (0,4)	1,0 (0,4)	0,166	
Mtos recomendados (ATC), n (%)					
A02	19 (4,0)	15 (4,8)	34 (4,3)	0,025	
A03	8 (1,7)	1 (0,3)	9 (1,2)		
A07	5 (1,1)	4 (1,3)	9 (1,2)		
D06	19 (4,0)	12 (3,8)	31 (4,0)		
J01	1 (0,2)	1 (0,3)	2 (0,2)		
M01	43 (9,1)	26 (8,4)	69 (8,8)		
N02	46 (9,9)	50 (16,1)	96 (12,3)		
R01	27 (5,7)	28 (9,0)	55 (7,0)		
R02	48 (10,2)	26 (8,4)	74 (9,5)		
R05	239 (50,9)	147 (47,3)	386 (49,4)		
R06	7 (1,5)	0 (0,0)	7 (0,9)		
Otros	8 (1,7)	1 (0,3)	9 (1,2)		
Total, n (%)	470 (100)	311 (100)	781 (100)		
TNF, n (%)	No	81 (16,7)	5 (1,5)	86 (10,6)	<0,001
	Medidas HD	353 (72,8)	304 (94,1)	657 (81,3)	
	Producto sanitario	51 (10,5)	14 (4,3)	65 (8,0)	
Derivación, n (%)	Sí	19 (3,9)	24 (7,4)	43 (5,3)	0,029
	No	466 (96,1)	299 (92,6)	765 (94,7)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; Mto: Medicamento; TF: Tratamiento Farmacológico Recomendado; TNF: Tratamiento no farmacológico recomendado; Medidas HD: Medidas higiénico dietéticas; DE: Desviación estándar.

síntoma menor como por demanda de medicamento y tras la evaluación por parte del farmacéutico de la situación concreta del paciente, el 90% (n=727) de los pacientes recibió un tratamiento farmacológico (Tabla 6). Casi el 50% (n=386) de los tratamientos dispensados fueron medicamentos del grupo R05, preparados para la tos y el resfriado, en consonancia con el grupo de síntomas menores más consultado y la estacionalidad de dicha sintomatología en relación con el período de estudio.

La probabilidad de recibir consejo mediante medidas higiénico-dietéticas fue mayor en el grupo intervención (94,1% comparado con 72,8% en el grupo control), mientras que el grupo control recibió en mayor porcentaje algún producto sanitario con diferencias estadísticamente significativas.

El grupo intervención derivó al 7,4% (n=24) de los pacientes con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,029$). 3 de los 24 rechazaron dicha intervención, es decir, rechazó la derivación el 12,5% de los pacientes derivados. En el caso del grupo control la derivación fue del 3,9% (n=19) con un rechazo del 10,5% (2 pacientes de los 19 derivados).

Puesto que el SIF en España solo contempla la consulta de síntoma menor y en este estudio se considera también la demanda de medicamento para algún síntoma menor (automedicación) ya que es necesario realizar la misma evaluación de cada situación concreta en ambos casos, es necesario evaluar el resultado de la consulta de forma separada, como se muestra en la Tabla 7.

En el grupo intervención existió mayor prevalencia (11,5%, n=10) que en el grupo control (4,5%, n=7) de cambio de medicamento demandado por otro tratamiento más apropiado para el paciente, existiendo diferencias estadísticamente significativas (0,041).

Cuando el paciente consultó por un síntoma menor, el porcentaje de personas que recibieron un tratamiento farmacológico fue menor que entre aquellos pacientes que demandaron un medicamento (86% de los casos vs 99,2%).

Respecto a las medidas higiénico-dietéticas, se mantiene la misma tendencia comentada anteriormente de forma global en ambos tipos de consultas, siendo el porcentaje de pacientes que recibieron consejo farmacéutico mayor en el grupo intervención. La

Tabla 7. Resultado de la consulta de indicación en farmacia comunitaria en función del tipo de demanda

		GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor	
Consulta SM	TF, n (%)	Sí	274 (83,3)	211 (89,8)	485 (86,0)	0,028
		No	55 (16,7)	24 (10,2)	79 (14,0)	
	TNE, n (%)	No	51 (15,5)	5 (2,1)	56 (9,9)	<0,001
		Medidas HD	229 (69,6)	217 (92,3)	446 (79,1)	
Prod San		49 (14,9)	13 (5,5)	62 (11,0)		
Derivación, n (%)	Sí	12 (3,6)	18 (7,7)	30 (5,3)	0,036	
	No	317 (96,4)	217 (92,3)	534 (94,7)		
Total, n (%)		329 (100)	235 (100)	564 (100)		
Demanda Mto	TF, n (%)	Sí	155 (99,4)	87 (98,9)	242 (99,2)	0,680
		No	1 (0,6)	1 (1,1)	2 (0,8)	
	Indica, n (%)	Mto demandado	148 (95,5)	77 (88,5)	225 (93,0)	0,041
		Modificación Mto	7 (4,5)	10 (11,5)	17 (7,0)	
	TFN, n (%)	No	30 (19,2)	0 (0,0)	30 (12,3)	<0,001
Medidas HD		124 (79,5)	87 (98,9)	211 (86,5)		
Prod San		2 (1,3)	1 (1,1)	3 (1,2)		
Derivación, n (%)	Sí	7 (4,5)	6 (6,8)	13 (5,3)	0,733	
	No	149 (95,5)	82 (93,2)	231 (94,7)		
Total, n (%)		156 (100)	88 (100)	244 (100)		

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; Mto: Medicamento; TF: Tratamiento Farmacológico Recomendado; TNE: Tratamiento no farmacológico recomendado; Medidas HD: Medidas higiénico dietéticas; Prod San: Producto Sanitario; DE: Desviación estándar.

prevalencia de recibir un producto sanitario entre aquellos pacientes que demandaron un medicamento fue menor que entre los que consultaron por un síntoma menor, de manera similar en ambos grupos (1,2%, n=3).

Aunque se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la derivación global (Tabla 6), cuando se consideró el tipo de consulta por separado, no se hallaron diferencias entre grupos. Cuando el Servicio se inició por consulta sobre un síntoma menor se mantuvo la tendencia obtenida de forma global, observándose un 7,7% (n=18) de derivación en el

grupo intervención y 3,6% (n=12) en el grupo control. Sin embargo, cuando dicho Servicio se inició por demanda de medicamento esa diferencia entre grupos fue menor, existiendo un 6,8% (n=6) de derivación en el grupo intervención y un 4,5% (n=7) en el grupo control.

El 0,5% (n=3) y 0,8% (n=2) de las consultas por síntoma menor y demanda de medicamento respectivamente rechazaron la derivación al médico.

Comparación con el Centro de Salud

En los Centros de Salud se registraron 78 consultas de síntoma menor cuyas características se incluyen en la siguiente tabla (*Tabla 8*), en la que éstas se comparan con los pacientes incluidos en los dos grupos de farmacias comentados anteriormente.

En los Centros de Salud hubo un porcentaje de mujeres similar al obtenido en Farmacia Comunitaria (60,7%, n=34). La edad de los pacientes fue ligeramente superior, sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

La proporción de síntomas menores respiratorios fue igualmente la más prevalente en el Centro de Salud aunque con un porcentaje mayor (89,8%, n=70), existiendo diferencias estadísticamente significativas. El número de pacientes que padecían el síntoma menor por primera vez fue inferior en el caso del Centro de Salud (3,7%, n=2).

En el Centro de Salud se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que habían tomado medicación para el síntoma menor antes de la consulta en comparación con los dos grupos de farmacia, ascendiendo en el caso del Centro de Salud hasta el 58,9% (n=33).

En el Centro de Salud predominó el número de trabajadores (51,9%) y jubilados (23,1%) que acudieron a consulta.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente se observaron diferencias entre grupos, siendo ésta menor en los pacientes reclutados en el Centro de Salud con una media en el índice de utilidad de 0,74 (DE=0,21) y en la escala visual de 60,9 (DE=21,5); es decir, 7 puntos por debajo del valor de la farmacia intervención y 10 por debajo de la farmacia control.

Tabla 8. Características de todos los pacientes incluidos en el estudio

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	Total	p-valor
Sexo, n (%)					
Hombre	173 (35,7)	125 (38,7)	22 (39,3)	320 (37,0)	0,640
Mujer	312 (64,3)	198 (61,3)	34 (60,7)	544 (63,0)	
Edad (años), media (DE)	47,4 (17,2)	48,1 (15,9)	50,8 (15,9)	47,9 (16,6)	0,450
Tipo SM, n (%)		220			
Respiratorios	309 (63,7)	(68,2)*	70 (89,8)	599 (67,6)	<0,001
Digestivos	52 (10,7)	24 (7,4)	5 (6,4)	81 (9,2)	
Dermatológicos	28 (5,8)	14 (4,3)	0 (0,0)	42 (4,7)	
Dolor	96 (19,8)*	65 (20,1)	3 (3,8)	164 (18,5)	
Duración SM (días) P50 [P25, P75]	2 [2,4]	2 [1,4]	2 [1,4]	2 [1,4]	0,305
Primera vez SM, n (%)					
Sí	42 (8,7)	26 (8,0)	2 (3,7)	70 (8,1)	0,417
No	443 (91,3)	297 (92,0)	54 (96,3)	794 (91,9)	
SM ya tratado, n (%)					
Sí	110 (22,7)	61 (18,9)	33 (58,9)	204 (23,6)	<0,001
No	375 (77,3)	262 (81,1)	23 (41,1)*	660 (76,4)	
Otro PS, n (%)					
Sí	222 (45,8)	148 (45,8)	21 (38,9)	471 (54,6)	0,615
No	263 (54,2)	175 (54,2)	33 (61,1)	391 (45,4)	
Nº Mto para otro PS P50 [P25, P75]	0 [0,2]	0 [0,2]	0 [0,2]	0 [0,2]	0,834
Asistencia sanitaria**, n (%)					
Pública	253 (86,9)	200 (87,3)	47 (92,2)	500 (87,5)	0,692
Mixta	32 (11,0)	24 (10,5)	4 (7,8)	60 (10,5)	
Privada	4 (1,4)	5 (2,2)	0 (0,0)	9 (1,6)	
No sabe	2 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	
Situación laboral**, n (%)					
Trabajador	172 (59,3)	112 (48,9)	27 (51,9)	311 (54,4)	0,054
Doméstico	23 (7,9)	25 (10,9)	1 (1,9)	49 (8,6)	
Desempleado	21 (7,2)	29 (12,7)	6 (11,5)	56 (9,8)	
Jubilado	46 (15,9)	48 (20,9)	12 (23,1)	106 (18,5)	
Estudiante	14 (4,7)	9 (3,9)	4 (7,7)	27 (4,7)	
Otra	14 (4,7)	4 (1,8)	2 (3,8)	20 (3,5)	
Nivel de estudios**, n (%)					
Sin estudios	26 (8,9)	14 (6,1)	7 (13,5)	47 (8,2)	0,308
Graduado	114 (39,2)	88 (38,4)	17 (32,7)	219 (38,3)	
Medios	84 (28,9)	73 (31,9)	19 (36,5)	176 (30,8)	
Universitarios	60 (20,6)	46 (20,1)	7 (13,5)	113 (19,7)	
No sabe	2 (0,7)	5 (2,2)	2 (3,8)	9 (1,6)	
EuroQol 5D-5L**, media (DE)	0,89 (0,14)	0,87 (0,12)	0,74 (0,21)*	0,87 (0,14)	<0,001
EQ-VAS**, media (DE)	71,4 (19,6)	68,2 (19,0)	60,9 (21,5)*	69,5 (19,7)	<0,001
Total, n (%)	485 (100)	323 (100)	78 (100)	886 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; Mto: Medicamento; PS: Problema de salud; SM: Síntoma menor; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación estándar. *Grupos con diferencias estadísticamente significativas; **Estos datos fueron recogidos mediante la entrevista telefónica a los 10 días de la consulta, en la que respondieron 291 pacientes del grupo control y 229 del grupo intervención en Farmacia Comunitaria y 52 pacientes del Centro de Salud.

Cuando comparamos el resultado de la consulta entre farmacias y Centro de Salud únicamente consideramos los tratamientos farmacológicos recomendados, puesto que en el Centro de Salud no hay derivación ni entrega de productos sanitarios. Esta información se detalla en la Tabla 9. Como se muestra en dicha tabla, tras la consulta del paciente y la evaluación del profesional sanitario en el Centro de Salud, se ofreció tratamiento farmacológico en el 96,2% de los casos, siendo el mayor porcentaje de los tres grupos comparados y existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,040$). También aumentó el número de medicamentos recomendados en el Centro de Salud en comparación con la Farmacia Comunitaria, con una media de 1,6 medicamentos por paciente ($p<0,001$).

El perfil de los medicamentos aconsejados en el Centro de Salud fue diferente, disminuyendo el porcentaje de medicamentos del grupo R05 (11,7%, $n=13$) para la tos y el resfriado y aumentando el número de medicamentos de los grupos M01 (antiinflamatorios y antirreumáticos) y N02 (analgésicos).

Tabla 9. Resultado de la consulta en todos los pacientes incluidos en el estudio

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	Total	p-valor
TF, n (%)	Sí	429 (88,5)	298 (92,3)	75 (96,2)	0,040
	No	56 (11,5)	25 (7,7)	3 (3,8)	
Nº Mtos recomendados, media (DE)	1,0 (0,5)	1,0 (0,4)	1,6 (0,8)*	1,0 (0,5)	<0,001
Mtos dispensados (ATC), n (%)					
A02	19 (4,0)	15 (4,8)	0 (0,0)	34 (3,8)	
A03	8 (1,7)	1 (0,3)	3 (2,7)	12 (1,3)	
A07	5 (1,1)	4 (1,3)	2 (1,8)	11 (1,2)	
D06	19 (4,0)	12 (3,8)	0 (0,0)	31 (3,5)	
J01	1 (0,2)	1 (0,3)	10 (9,0)	12 (1,3)	
M01	43 (9,1)	26 (8,4)	23 (20,7)	92 (10,3)	
N02	46 (9,9)	50 (16,1)	26 (23,5)	122 (13,8)	
R01	27 (5,7)	28 (9,0)	6 (5,4)	61 (6,8)	
R02	48 (10,2)	26 (8,4)	0 (0,0)	74 (8,3)	
R05	239 (50,9)	147 (47,3)	13 (11,7)	399 (44,8)	
R06	7 (1,5)	0 (0,0)	18 (16,2)	25 (2,8)	
Otros	8 (1,7)	1 (0,3)	10 (9,0)	19 (2,1)	
Total, n (%)	470 (100)	311 (100)	111 (100)	892 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; Mto: Medicamento; TF: Tratamiento Farmacológico Recomendado; DE: Desviación estándar. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

Tras la caracterización de la muestra, procederemos a desarrollar los diferentes objetivos propuestos en este estudio teniendo en cuenta que diez días después de la consulta realizada por el paciente, se llevó a cabo un seguimiento vía telefónica a todos los pacientes registrados.

4.1. Objetivo 1: Evaluar el impacto del SIF sobre la resolución de un síntoma menor en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por el mismo, comparado con la atención habitual en farmacia y en Centros de Salud.

De los 808 pacientes que acudieron a Farmacia Comunitaria, respondieron 520 personas, existiendo una pérdida del 35,6% (n=288) de los pacientes. En el caso de las 78 consultas del Centro de Salud, no respondieron a la entrevista telefónica el 33,3% (n=26) de los pacientes, con una pérdida similar al obtenido en los grupos de farmacia.

Se compararon de forma separada las consultas por síntoma menor y las debidas a automedicación. Los farmacéuticos comunitarios registraron 564 consultas por síntoma menor

Tabla 10. Mejoría del problema de salud en consultas por síntoma menor en Farmacia Comunitaria.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Mejoría del SM, media (DE)	4,44 (0,87)	4,38 (0,92)	4,41 (0,89)	0,648
Mejoría del SM, n (%)				
1	3 (1,5)	2 (1,2)	5 (1,3)	
1,5	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
2	3 (1,5)	8 (4,7)	11 (2,9)	
2,5	2 (1,0)	1 (0,6)	3 (0,8)	
3	21 (10,2)	11 (6,4)	32 (8,5)	
3,5	3 (1,5)	2 (1,2)	5 (1,3)	
4	29 (14,1)	45 (26,2)	74 (19,6)	
4,5	7 (3,4)	4 (2,4)	11 (2,9)	
5	137 (66,8)	99 (57,6)	236 (62,7)	0,049
Total, n (%)	205 (100)	172 (100)	377 (100)	
Tiempo para completa mejoría (días)				
P50 [P25-P75]	4 [3-7]	4 [3-7]	4 [3-7]	0,947

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación estándar.

de las cuales se pudo realizar seguimiento telefónico a los 10 días de dicha consulta al 66,8% (n=377). Estos pacientes tuvieron una mejoría de 4,41 puntos en una escala Likert siendo 1 ninguna mejoría y 5 aquellos casos en los que el síntoma menor se resolvió completamente.

De los 377 pacientes con seguimiento posterior a la consulta por síntoma menor, el 62,7% (n=236) de los mismos tuvo una completa mejoría a los 10 días tras la consulta en Farmacia Comunitaria, es decir, respondieron 5 en la escala Likert de mejoría del síntoma. Entre estos pacientes se obtuvo una mediana de 4 días para la resolución completa del síntoma menor (Tabla 10).

Si comprobamos la mejoría según los síntomas menores obtenemos lo siguiente:

Tabla 11. Mejoría del problema de salud en consultas por síntoma menor según el grupo de síntoma menor

	Mejoría del SM, media (DE)					
	GC (farmacia)		GI (farmacia)		Total	
	Media (DE)	n	Media (DE)	n	Media (DE)	n
SM						
Respiratorios	4,41 (0,87)	124	4,33 (0,88)	119	4,37 (0,88)	243
Dolor	4,66 (0,75)	37	4,33 (1,01)	33	4,50 (0,89)	70
Digestivo	4,61 (0,91)	28	5,00 (0,00)	9	4,70 (0,81)	37
Dermatológico	4,50 (1,05)	16	4,59 (0,92)	11	4,53 (0,98)	27

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor; DE: Desviación estándar.

Como muestra la Tabla 11, los síntomas con mejor resolución fueron los síntomas menores digestivos en el grupo intervención y los de dolor moderado en el grupo control, existiendo ligeras diferencias entre grupos, sin significación estadística.

Finalmente comparamos la mejoría del síntoma menor entre pacientes que acudieron a Farmacia Comunitaria y a Centro de Salud, obtenemos los datos que se presentan en la Tabla 12.

La mejoría del síntoma menor tras consulta en el Centro de Salud obtuvo una media de 4,14 (DE=1,03) en los 52 pacientes seguidos a los 10 días. Hubo una completa resolución en el 46,1 % (n=24) de los pacientes, comparados con el 62,7% (n=236) ya comentado en Farmacia Comunitaria. En este caso, de estos 24 pacientes, el 50% de ellos tenía su problema de salud completamente resuelto tras 5 días.

Tabla 12. Mejoría del problema de salud en consultas por síntoma menor en los tres ámbitos

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	p-valor
Mejoría del SM, media (DE)	4,44 (0,87)	4,38 (0,92)	4,14 (1,03)*	0,047
Total, n	205	172	52	
Tiempo para completa mejoría (días) P50 (P25, P75)	4 (3,6)	4 (3,7)	5 (3,7)	0,076

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación estándar. * Grupos con diferencias estadísticamente significativas.

4.2. Objetivo 2: Evaluar el impacto del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor sobre la consulta posterior por el mismo síntoma, comparado con la atención habitual en farmacia y en Centros de Salud.

En la evaluación sobre la consulta posterior se tendrá en cuenta únicamente la consulta sobre el síntoma menor, al igual que en el objetivo anterior, analizándose de forma separada la demanda de medicamento por parte del paciente.

Como se muestra en la Tabla 13, la media en el número de visitas posteriores por el mismo síntoma menor tras la primera consulta fue mayor en el grupo de farmacia intervención, 0,28 visitas (DE=0,5), con diferencias estadísticamente significativas (p=0,029). El ámbito más frecuentado para visita posterior en los tres grupos fue el médico de Atención Primaria (59,4%, n=44). Además el 8,1% (n=6) de los pacientes que consultaron de nuevo por el mismo síntoma menor tuvo consultas en más de un ámbito.

Los síntomas menores que ocasionaron mayor número de visitas posteriores fueron los respiratorios como se observa en la Tabla 14.

En los tres grupos se mantuvo la misma tendencia siendo los síntomas menores respiratorios los que motivaron mayor número de consultas posteriores.

Tabla 13. Consulta posterior tras consulta por síntoma menor en todos los ámbitos

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	Total	p-valor
Consulta posterior, n (%)					
No	175 (86,6)	120 (75,9)	43 (82,7)	338 (82,1)	0,026
Sí	27 (13,4)	38 (24,1)	9 (17,3)	74 (17,9)	
Total, n (%)	202 (49,1)	158 (38,3)	52 (12,6)	412 (100)	
Nº visitas posteriores, media (DE)	0,14 (0,4)	0,28 (0,5)	0,21 (0,5)	0,21 (0,4)	0,029
Ámbito de consultas posteriores, n (%)					
Farmacia	5 (18,5)	7 (17,9)	2 (22,2)	14 (18,9)	0,605
Atención Primaria	18 (66,7)	23 (61,5)	3 (33,3)	44 (59,4)	
Atención Continuada	1 (3,7)	1 (2,6)	0 (0,0)	2 (2,7)	
Urgencias	2 (7,4)	4 (10,3)	2 (22,2)	8 (10,8)	
Más de 1 visita	1 (3,7)	3 (7,7)	2 (22,2)	6 (8,1)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; DE: Desviación estándar.

Tabla 14. Consulta posterior tras consulta por síntoma menor en todos los ámbitos según grupo de síntoma menor

	Consulta posterior					
	GC (farmacia)		GI (farmacia)		GC (Centro de Salud)	
	No, n (%)	Sí, n (%)	No, n (%)	Sí, n (%)	No, n (%)	Sí, n (%)
SM						
Respiratorios	102 (58,3)	21 (77,8)	76 (62,8)	32 (84,2)	37 (86,0)	9 (100,0)
Dolor	32 (18,3)	4 (14,8)	26 (21,5)	6 (15,8)	2 (4,6)	0 (0,0)
Digestivo	26 (14,9)	1 (3,7)	8 (6,6)	0 (0,0)	4 (9,4)	0 (0,0)
Dermatológico	15 (8,5)	1 (3,7)	11 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor.

De los 74 pacientes con seguimiento tras consulta por síntoma menor (excluyendo los derivados en la farmacia) que tuvieron una segunda consulta, todos los pacientes recibieron medicación en aquellos casos en los que la primera visita tuvo lugar en el Centro de Salud (Tabla 15). Esto no ocurrió cuando la primera visita se dio en la Farmacia Comunitaria, siendo el 11,1% el porcentaje de pacientes que no recibió medicación en el grupo control y el 13,2% en el grupo intervención.

Tabla 15. Prescripción en pacientes con consulta posterior en todos los ámbitos tras consulta por síntoma menor sin derivación

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	Total	
Prescripción en consulta posterior, n (%)	No	3 (11,1)	5 (13,2)	0 (0,0)	8 (10,8)
	Sí	24 (88,9)	33 (86,8)	9 (100,0)	66 (17,9)
Total, n	27 (36,5)	38 (51,3)	9 (12,2)	74 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención

4.3. Objetivo 3: Evaluar el impacto del SIF sobre la derivación apropiada al médico en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor comparado con la atención habitual en farmacia.

En la evaluación sobre la derivación apropiada al médico se analizará la consulta sobre el síntoma menor (n=564), al igual que en los dos objetivos anteriores, analizándose de forma separada la demanda de medicamento por parte del paciente.

La derivación apropiada al médico, como se ha descrito anteriormente, es aquella derivación en la que se cumplen los criterios de derivación establecidos mediante el previo consenso entre profesionales sanitarios de medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria⁶⁴.

Como se observa en la Tabla 16, el grupo intervención detectó mayor porcentaje de pacientes con criterios de derivación (8,5% vs 4,0%) y derivó con mayor frecuencia (7,7% vs 3,6%). En ambos grupos existió un pequeño número de pacientes que no se derivaron a pesar de que el farmacéutico había detectado criterios de derivación, 1 paciente en el grupo control y 2 en el grupo intervención.

El 95,3% (n=359) de los pacientes registrados por consulta de síntoma menor y con seguimiento no fueron derivados al Centro de Salud el día de la consulta (Tabla 17). La mejoría del síntoma menor entre estos pacientes a los 10 días tras la consulta en farmacia fue de 4,45 (DE=0,88). De ellos, el 62,9% (n=226) de los mismos tuvo una completa mejoría a los 10 días tras la consulta en Farmacia Comunitaria.

Tabla 16. Derivación y criterios de derivación en consulta sobre síntoma menor en Farmacia Comunitaria.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Criterios derivación registrados, n (%)	No	316 (96,0)	215 (91,5)	0,023
	Sí	13 (4,0)	20 (8,5)	
Derivados, n (%)	Sí	12 (3,6)	18 (7,7)	0,036
	No	12 (3,6)	20 (8,5)	
Total, n (%)	329 (58,3)	235 (41,7)	564 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención

Tabla 17. Mejoría del problema de salud en consultas por síntoma menor en Farmacia Comunitaria según derivación.

		GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Pacientes no derivados	Mejoría del SM, media (DE)	4,49 (0,87)	4,38 (0,90)	4,45 (0,88)	0,220
	Total, n (%)	201 (56,0)	158 (44,0)	359 (100)	
	Tiempo para completa mejoría (días) P50 [P25-P75]	4 [3-7]	4 [3-7]	4 [3-7]	0,938
	Total, n (%)	135 (59,7)	91 (40,3)	226 (100)	
Pacientes derivados	Mejoría del SM, media (DE)	4,00 (1,15)	4,39 (0,88)	4,30 (0,92)	0,562
	Total, n (%)	4 (22,2)	14 (77,8)	18 (100)	
	Tiempo para completa mejoría (días) P50 [P25-P75]	4,5 [4,2-4,7]	6,0 [2,7-7,0]	5,0 [3,2-7,0]	0,463
	Total, n (%)	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor; P50: Percentil 50; P25: Percentil 25; P75: Percentil 75; DE: Desviación estándar.

Es importante analizar la mejoría del síntoma menor diferenciando según pacientes derivados y no derivados, puesto que los pacientes derivados son considerados pacientes de mayor riesgo. Como se ha comentado anteriormente, la derivación tuvo lugar en un 5,3% (n=30) de las consultas sobre síntoma menor registradas en la farmacia. Se obtuvieron datos de seguimiento a los 10 días de la consulta para 18 de los pacientes derivados (60%) observando una mejoría de 4,39 (DE=0,88) en el grupo intervención y 4,00 (DE=1,15) en el grupo control, con una completa resolución a los 10 días en el 71,4% (n=8) en el grupo intervención y 50% (n=2) en el grupo control.

Asimismo, es necesario evaluar la consulta posterior por el mismo síntoma según la derivación tras una consulta por síntoma menor en Farmacia Comunitaria (Tabla 18). El 66,7% (n=12) de los pacientes derivados acudió al médico, siendo mayor el porcentaje de los pacientes que siguió el consejo del farmacéutico en el grupo intervención (71,4%, n=10) en comparación al grupo control (50%, n=2). En cuanto a los no derivados se produjo una consulta posterior (Centro de Salud o Farmacia Comunitaria) en el 18,1% (n=65) de los 360 pacientes con seguimiento a los 10 días, siendo mayor el porcentaje tras consulta en farmacia intervención (24,1%, n=38).

Tabla 18. Consulta posterior según derivación tras consulta por síntoma menor en Farmacia Comunitaria.

		GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Pacientes no derivados	Consulta posterior, n (%)				
	No	174 (86,6)	120 (75,9)	294 (81,9)	0,009
	Sí	27 (13,4)	38 (24,1)	65 (18,1)	
Total, n (%)		201 (56,1)	158 (43,9)	359 (100)	
Pacientes derivados	Consulta posterior, n (%)				
	No	2 (50,0)	4 (28,6)	6 (33,3)	0,423
	Sí	2 (50,0)	10 (71,4)	12 (66,7)	
Total, n (%)		4 (22,2)	14 (77,8)	18 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención.

Como se ha descrito en la metodología, los criterios de derivación estaban divididos en 5 bloques: edad del paciente, duración del síntoma menor, síntomas de alarma, otras patologías o medicación del paciente y situaciones especiales. El registro del estudio incluía únicamente la edad del paciente y duración del síntoma menor, por ello, se realizó una revisión posterior para comprobar aquellos pacientes que, aun cumpliendo criterios de derivación, éstos no habían sido detectados por el farmacéutico comunitario:

De los 564 pacientes por consulta por síntoma menor, 534 pacientes no fueron derivados. De los 534 pacientes no derivados, 51 (9,5%) pacientes deberían haber sido derivados según el protocolo establecido para edad y duración del síntoma menor: 36 pacientes (70,6%) en el grupo control y 15 en el grupo intervención (29,4%).

A los 10 días de la consulta se siguió a 37 (72,5%) de los 51 pacientes que deberían haber

sido derivados pero no fueron derivados, obteniéndose una mejoría de del síntoma menor en una escala Likert (1 ninguna mejoría y 5 completamente resuelto) de 4,27 (DE=0,99), en comparación con 4,47 (DE=0,87) en los 322 pacientes seguidos no derivados apropiadamente, sin significación estadística (p=0,257).

Tabla 19. Derivación apropiada según criterios de edad y duración del síntoma menor.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Criterios derivación registrados (edad/ duración SM), n (%)	No	323 (98,2)	230 (97,9)	0,797
	Sí	6 (1,8)	5 (2,1)	
Derivados según edad/ duración SM, n (%)	No	323 (98,2)	232 (98,7)	0,675
	Sí	6 (0,8)	3 (1,3)	
Debería haber derivado según edad/duración SM(no derivados), n (%)	No	281 (88,6)	202 (93,1)	0,086
	Sí	36 (11,4)	15 (6,9)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor.

4.4. Objetivo 4: Evaluar el impacto del SIF sobre el uso apropiado del medicamento en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria demandando un medicamento para un síntoma menor, comparado con la atención habitual en farmacia

Como se vio en la Tabla 5, la demanda de medicamento tuvo lugar en el 30,2% (n=244) de los casos registrados en Farmacia Comunitaria, 156 (63,9%) en el grupo control y 88 (36,1%) en el grupo intervención.

Los farmacéuticos participantes en el grupo intervención modificaron el tratamiento demandado en el 12,6% (n=11) de los casos (11,5% por modificación de medicamento y 1,1% por no indicación de medicamento); además, intentaron modificarlo en el 6,5% (n=5) de los casos en los que el paciente rechazó la recomendación, haciendo que el uso

inadecuado del medicamento se detectase en este grupo en el 19,1% de los pacientes (Tabla 20). En el caso del grupo control, se detectó un uso inapropiado en el 7,8% (n=12) de los casos, de los cuales el paciente rechazó la recomendación en el 2,7% (n=4). La mayoría de las modificaciones se debieron a indicación y dosis incorrectas.

Tabla 20. Intervención del farmacéutico tras la consulta por demanda de medicamento para síntoma menor.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
TF, n (%)				
Sí	155 (99,4)	87 (98,9)	242 (99,2)	0,680
No	1 (0,6)	1 (1,1)	2 (0,8)	
Indicación de Mto, n (%)				
Indica Mto demandado	148 (94,9)	77(88,5)	225 (92,6)	0,041
Modificación de medicamento	7 (4,5)	10 (11,5)	18 (7,4)*	
Motivo de dispensación de Mto demandado, n (%)**				
Elección correcta	144 (97,3)	72 (93,5)	216 (96,0)	0,169
Rechazo de recomendación	4 (2,7)	5 (6,5)	9 (4,0)	
Motivo de dispensación de Mto diferente al demandado, n (%)***				
Dosis incorrecta	1 (14,3)	4 (40,0)	5 (29,4)	0,497
Indicación incorrecta	4 (57,1)	4 (40,0)	8 (47,2)	
Falta de suministros	2 (28,6)	1 (10,0)	3 (17,6)	
Otro	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (5,8)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; Mto: Medicamento; TF: Tratamiento Farmacológico Recomendado;

*Hubo un paciente sin datos.

**El motivo de dispensación de medicamento demandado se refleja únicamente entre los que recibieron el tratamiento demandado (n=225);

***El motivo de dispensación de medicamento diferente al demandado se refleja únicamente entre los que recibieron tratamiento diferente al demandado (n=18).

De los 244 pacientes que demandaron un medicamento en Farmacia Comunitaria, el 5,3% (n=13) fueron derivados al médico (Tabla 21).

De los 231 pacientes no derivados, el 56,1% (n=137) pudo ser seguido a los 10 días, mediante entrevista telefónica (Tabla 22). Entre los pacientes con seguimiento no derivados (n=137) tras demanda de medicamento para autocuidado, no existieron diferencias en la mejoría entre el grupo control e intervención usando en una escala de 1 (ninguna mejoría) a 5 (completamente resuelto). En cuanto a la consulta posterior por el mismo síntoma menor en el caso de la demanda de medicamento, a diferencia de lo encontrado tras la consulta por síntoma menor, se observó que fue ligeramente mayor en

Tabla 21. Derivación tras la demanda de medicamento para síntoma menor en Farmacia Comunitaria.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Criterios derivación registrados, n (%)				
No	149 (95,5)	80 (90,9)	229 (93,8)	0,150
Sí	7 (4,5)	8 (9,1)	15 (6,2)	
Derivados, n (%)				
Sí	7 (4,5)	6 (6,8)	13 (5,3)	0,436
Total, n (%)	156 (64,0)	88 (36,0)	244 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención.

el grupo control, con un 13,3% (n=11).

En general se detectaron criterios de derivación en el 6,2% (n=15) de los casos, derivándose finalmente al 5,3% (n=13), con un rechazo de la derivación por parte del paciente del 0,8% (n=2). Criterios de derivación que, como se ha comentado previamente, se dividieron en 5 bloques: edad del paciente, duración del síntoma menor, síntomas de alarma, otras patologías y medicamentos y situaciones especiales. En el grupo control se derivaron el 4,5% (n=7) de los casos y en el grupo intervención el 6,8% (n=6).

De los 11 pacientes derivados en ambos grupos, 8 de ellos pudieron ser seguidos a los 10 días. El 50% (n=2) de los pacientes del grupo intervención acudió al médico siguiendo la recomendación del farmacéutico. En el caso del grupo control, el 75% (n=3) de los pacientes siguió la recomendación del farmacéutico.

Tabla 22. Mejoría y consultas posteriores tras la demanda de medicamento para síntoma menor en Farmacia Comunitaria.

	GC (farmacia) (n=83)	GI (farmacia) (n=54)	Total (n=137)	p-valor
Mejoría del SM, n (%)	4,38 (0,82)	4,42 (0,88)	4,40 (0,84)	0,836
Consulta posterior, n (%)				
No	72 (86,7)	48 (88,9)	120 (87,6)	0,710
Sí	11 (13,3)	6 (11,1)	17 (12,4)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; SM: Síntoma menor.

Servicio de Indicación Farmacéutica incluyendo como vía de entrada al servicio la demanda de medicamento.

Este caso comprende no solo la consulta sobre síntoma menor sino también la automedicación, es decir, la demanda de medicamento para un síntoma menor.

En este caso la intervención del farmacéutico, además de la derivación, puede consistir en el cambio en el medicamento demandado, dosis o pauta posológica en aquellos casos en los que no sea el tratamiento de elección. En la Tabla 23 se incluye la derivación realizada por el farmacéutico tanto en caso de consulta por síntoma menor como por demanda de medicamento para automedicación.

Como observamos en dicha tabla, la detección de criterios de derivación acordados con médicos y la derivación fueron mayores en el grupo de farmacia intervención, con resultados estadísticamente significativos.

Como hemos visto en el último apartado (ver Tabla 20), la detección por parte del farmacéutico de la necesidad de modificación del tratamiento demandado en el caso del grupo intervención fue del 19,1% (n=16) y del 7,8% (n=12) en el control.

Teniendo en cuenta derivación y modificación del tratamiento demandado, la intervención del farmacéutico tuvo lugar en 40 pacientes (12,4%) en el grupo intervención en comparación con los 31 pacientes del grupo control (6,4%).

Tabla 23. Derivación tras el Servicio de Indicación Farmacéutica incluyendo la demanda de medicamento como vía de entrada al servicio.

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	Total	p-valor
Criterios derivación registrados, n (%)				
No	465 (95,9)	295 (91,3)	760 (94,0)	0,007
Sí	20 (4,1)	28 (8,7)	48 (6,0)	
Derivados, n (%)				
Sí	19 (3,9)	24 (7,4)	43 (5,3)	0,029
Total, n (%)	485 (60,0)	323 (40,0)	808 (100)	

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención.

4.5. Objetivo 5: Evaluar el impacto humanístico del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor o demandando un medicamento para el mismo comparado con la atención habitual en farmacia y Centros de Salud.

Para medir el impacto humanístico se utilizó el cuestionario de calidad de vida validado EuroQol-5D-5L. El paciente completó el cuestionario en el momento de la consulta y a los 10 días tras la consulta mediante entrevista telefónica.

Comparamos tanto el índice de utilidad como el resultado de la escala visual completada por el paciente.

En la Tabla 24 observamos que en el momento de la consulta existían diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, con una mejor puntuación en el grupo control y peor en aquellos pacientes que acudieron al Centro de Salud, correspondiéndose los resultados obtenidos en el índice de utilidad y en la escala visual. Diez días después, tras el tratamiento recibido, las percepciones de la calidad de vida de los pacientes ascendieron igualándose en los tres grupos, existiendo por tanto un mayor incremento en la calidad de vida en el caso del Centro de Salud, seguido del grupo de farmacia intervención.

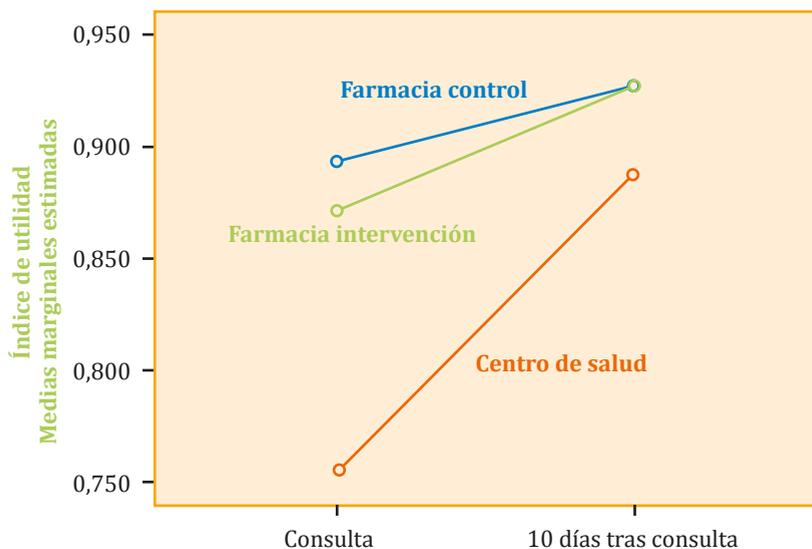
Tabla 24. Calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (Centro de Salud)	p-valor
EQ-VAS (consulta), media (DE)	71,4 (19,6)	68,2 (19,0)	60,9 (21,5)*	
Total (n)	485	320	53	<0,001
EQ-VAS (10 días tras consulta), media (DE)	81,8 (17,2)	82,1 (15,7)	81,5 (19,7)	
Total (n)	286	222	49	0,968
EQ-Índice utilidad (consulta), media (DE)	0,89 (0,14)	0,87 (0,12)	0,74 (0,21)*	<0,001
EQ-Índice utilidad (10 días tras consulta), media (DE)	0,93 (0,18)	0,93 (0,15)	0,89 (0,19)	0,305

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; DE: Desviación estándar; *Grupo con diferencias estadísticamente significativas

No existían diferencias estadísticamente significativas en el índice de utilidad entre el Centro de Salud y el grupo de farmacia intervención ($p=0,399$). Sin embargo, existieron diferencias entre los dos grupos de farmacias ($p<0,001$). En la Figura 6 se muestran los cambios en cada grupo entre el momento de la consulta y 10 días después.

Figura 6. Variación del índice de utilidad a los diez días de la consulta en los tres grupos



4.6. Evaluar el impacto económico del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor o demandando un medicamento para el mismo comparado con la atención habitual en farmacia y Centros de Salud.

Para el cálculo del impacto económico se tuvieron en cuenta los costes de consulta, precio de la medicación indicada/prescrita, costes de estructura y costes de formación del profesional sanitario. Como se ha comentado en el apartado método, se consideró de manera independiente la Atención Primaria (consultas del médico de familia para las que el paciente necesita cita previa) y la Atención Continuada (consultas de urgencias disponibles en el Centro de Salud para las que el paciente no necesita concertar cita con

antelación). Esta diferenciación se realizó debido a la importante diferencia de precios entre dichas consultas (56,95€ en Atención Primaria y 105,27€ en Atención Continuada)⁷⁰.

Para la estimación del coste de la medicación se tuvieron en cuenta los precios oficiales de septiembre de 2018 incluidos en la base de datos del conocimiento sanitario Bot PLUS⁷¹.

El cálculo del coste de consulta en cada caso se obtuvo de la siguiente forma:

- » Para Atención Primaria y Continuada se extrajo el coste de la ley 20/2017 de la Generalitat Valenciana⁷⁰.
- » El cálculo del coste en el caso de Farmacia Comunitaria se realizó determinando el coste laboral del farmacéutico que realiza el servicio. El coste laboral de un farmacéutico se puede expresar en euros por tiempo empleado en realizar la actividad, por ello se utilizó el XXV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia (2014)⁷², diferenciando entre adjuntos y titulares (para el coste laboral del farmacéutico titular, puesto que no está estipulado según convenio, se consideró además el plus de regencia). Se tuvieron en cuenta los tiempos de prestación del servicio incluidos en la Tabla 26.

Para la estimación del coste de estructura se hizo uso del dato calculado para el mantenimiento de otro tipo de servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia

Tabla 25. Tiempo medio de consulta en todos los ámbitos

	GC (farmacia)	GI (farmacia)	GC (AP)	GC (AC)
Tiempo de provisión del servicio (minutos), media (DE)	5,75 (3,91)	5,48 (3,28)	10,45 (3,55)*	7,50 (4,02)*
Tiempo de provisión del servicio (minutos), media (DE)				
Adjunto	4,95 (3,85)	5,35 (3,20)	--	--
Titular	6,57 (3,90)	8,00 (2,45)	--	--

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; AP: Atención Primaria; AC: Atención continuada; DE: Desviación estándar; *En el caso de la consulta del Atención Primaria y Atención Continuada no se utilizaron estos tiempos de consulta para el cálculo de costes puesto que el coste de consulta en ambos casos ya está estipulado por ley.

Comunitaria⁷³, calculado en 2.883,43€ al año, imputando el coste proporcional a cada paciente susceptible de recibir el servicio. Según un estudio del CGCOF⁷⁴ se estima que entre el 15-20% de los pacientes atendidos en farmacia corresponden al SIF. En otro estudio, se ha estimado una media de 120⁷⁵ pacientes atendidos diariamente en la farmacia. Usando estos datos, se estimó que cada farmacia atiende mediante el SIF a 5.400 pacientes anuales.

Finalmente, el coste de formación se calculó teniendo en cuenta, por un lado, los costes de preparación del curso correspondientes a 4 horas diarias durante 3 días (sala de audiovisuales 300€/día, salarios de los ponentes médicos y farmacéuticos 400€/día, desplazamientos 0,19€/km y alojamientos 100€/día; obteniéndose un coste total de la formación de 3090€) imputados a los 30 farmacéuticos potenciales de recibir formación (103€/farmacéutico). Y por otro lado el coste del tiempo del farmacéutico invertido en las 12 horas del curso (169,20€) obteniéndose un total de formación por farmacéutico de 272,20€. Si imputamos este coste de formación por farmacéutico a los 5.400 pacientes potenciales de recibir el servicio durante un año, obtenemos un coste de formación imputable a cada paciente de 0,05€.

Como se observa en la Tabla 26, los costes de formación solo se imputan al grupo de farmacia intervención. En cuanto a los costes de estructura, en el caso de los grupos de Centro de Salud (Atención Primaria y Continuada), no se incluyen como tal puesto que ya son considerados dentro del coste de consulta, junto al tiempo empleado por el profesional sanitario.

Tabla 26. Costes de consulta en todos los ámbitos

	GI (farmacia) n=485	GI (farmacia) n=323	GC (AP)** n=36	GC (AC)** n=42
Coste Mto, media (DE)	6,79 (4,0)	7,07 (3,2)	5,4 (4,4)	7,65 (10,0)
Coste consulta*, media (DE)	1,74 (0,0)	1,58 (0,0)	56,95 (0,0)	105,27 (0,0)
Coste formación, media (DE)	0,0 (0,0)	0,05 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Coste estructura, media (DE)	0,53 (0,0)	0,53 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Coste total, media (DE)	9,06 (4,0)	9,23 (3,2)	62,44 (4,5)	112,92 (10,0)

GC: Grupo Control; GI: Grupo Intervención; AP: Atención Primaria; AC: Atención continuada; Mto: Medicamento; DE: Desviación estándar;

*Ponderando por el número de titulares y adjuntos en cada grupo; **Los costes de consulta en AP y AC incluyen estructura.

4.6.1. Estimación de costes en Atención Primaria

Si tenemos en cuenta las consultas de Atención Primaria, según los datos del Ministerio de Sanidad⁷⁶, en el año 2.017 se atendieron en España 232,5 millones de consultas médicas en Atención Primaria y únicamente en la Comunidad Valenciana, el número de consultas médicas ascendió a 22,7 millones.

Es necesario considerar que en la actualidad los medicamentos aconsejados en las consultas de SIF en la Farmacia Comunitaria en España son remunerados por el paciente mientras que en las consultas de Atención Primaria y Atención Continuada estos medicamentos siguen un régimen de copago o están totalmente financiados por el sistema sanitario. Respecto a la consulta, la Atención Primaria y Atención Continuada tienen un coste fijo por unidad de tiempo reconocido oficialmente, sin embargo, la Farmacia Comunitaria es remunerada por el margen del medicamento (en aquellos casos en los que la intervención del farmacéutico consiste en dispensación de un medicamento, producto sanitario u otro producto coadyuvante), el cual es variable y no se relaciona con el tiempo de atención al paciente.

Los cálculos sobre el ahorro realizados a continuación suponen que el coste de las consultas de SIF en Farmacia Comunitaria, incluyendo el medicamento, serían potencialmente financiados por el sistema sanitario. Todo ello suponiendo que el 10%, 15% o 20% de las consultas de Atención Primaria fuesen síntomas menores de los cuales el 69,7%, 60% o 50% pudiesen ser tratados en Farmacia Comunitaria en la Comunidad Valenciana (Tabla 27) y a nivel nacional (Tabla 28). Estos datos no tienen en cuenta los costes de derivación desde la Farmacia Comunitaria al Centro de Salud.

Diversos estudios en Inglaterra muestran que el porcentaje de síntomas menores en el médico de Atención Primaria llegan a alcanzar el 20%⁷⁷⁻⁷⁹. Partiendo de estas consultas, y puesto que no todos los síntomas menores presentados en consulta pueden ser tratados en Farmacia Comunitaria, en el escenario 1, reflejado en la Tabla 28, se muestra la estimación del ahorro que supondrían diferentes porcentajes de síntomas menores tratados en Farmacia.

En Indica+PRO, el médico tanto en Atención Primaria como en Atención Continuada valoró que el 69,7% (n=56) de los síntomas menores evaluados y registrados durante el

Tabla 27. Escenario 1: estimación de costes y ahorro en consulta y medicamentos en Atención Primaria en la Comunidad Valenciana según el porcentaje de síntomas menores que tenían el potencial de ser tratados en Farmacia Comunitaria.

Consultas en AP (Comunidad Valenciana)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	60% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**	50% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**
Total consultas	22.700.000						
Nº Consultas SM (10%)	2.270.000	1.582.190		1.362.000		1.135.000	
Coste consulta SM (10%) (€)	141.738.800	14.603.859,23	84.188.084,37	12.571.471,36	72.471.808,64	10.476.226,13	60.393.173,87
Nº Consultas SM (15%)	3.405.000	2.373.285		2.043.000		1.702.500	
Coste consulta SM (15%) (€)	212.608.200	21.905.788,84	126.282.126,56	18.857.207,04	108.707.712,96	15.714.339,20	90.589.760,80
Nº Consultas SM (20%)	4.540.000	3.164.380		2.724.000		2.270.000	
Coste consulta SM (20%) (€)	283.477.600	29.207.718,45	168.376.168,75	25.142.942,72	144.943.617,28	20.952.452,26	120.786.347,75

AP: Atención Primaria; SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual- (NºConsultas SM actual*% SM tratados en farmacia*9,23€)-[NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€]

estudio podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria (con la limitación de que este dato proviene solo de 56 consultas en el Centro de Salud). A partir de este hecho se proponen dos supuestos más conservadores en los que se supone que el 60% y 50% de los síntomas menores presentados en consulta de Atención Primaria fuesen problemas de salud que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria. Para el cálculo del ahorro (en el caso de que el sistema sanitario remunerase a la Farmacia Comunitaria por la consulta en lugar de pagarla el paciente) se consideró el coste de consulta en el grupo de farmacia intervención (9,23€) y el coste de consulta en Atención Primaria (62,44€) calculados previamente en la Tabla 26.

De este modo se obtiene un ahorro que varía de 60.393.173,87€ anuales en el supuesto más conservador a 168.376.168,75€ en el escenario menos conservador en consultas de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana (Tabla 27).

Si tenemos en cuenta las consultas realizadas en toda España, este ahorro variaría desde 618.564.446,01€ en el caso de que solo el 10% de las consultas de Atención Primaria fuesen síntomas menores y únicamente el 50% de ellos pudiesen ser tratados en Farmacia Comunitaria, hasta 1.724.557.675,48€ en el supuesto menos conservador en consultas de Atención Primaria a nivel nacional en el que el 20% de las consultas fuesen síntomas menores y de ellas el 69,7% pudiesen ser tratadas en Farmacia Comunitaria (Tabla 28).

Una de las variables recogidas en el presente estudio fue la disposición del paciente para ir a la farmacia en el futuro en caso de presentar el mismo síntoma menor. Ello fue recogido mediante pregunta directa al paciente en la entrevista telefónica recogida a los 10 días de la consulta tanto en Farmacia Comunitaria como en Centro de Salud. En general, el 82,3% (n=474) de los pacientes afirmó que volvería a la farmacia en el futuro en caso de presentar el mismo síntoma menor, sin embargo, cuando analizamos únicamente los pacientes que acudieron a Atención Primaria (aunque se trata de una muestra pequeña, n=22), dicho porcentaje se redujo al 13,6%.

A continuación se estiman los costes y el ahorro considerando los diferentes porcentajes supuestos de consultas por síntoma menor en Atención Primaria (10%, 15% y 20%), un posible tratamiento del 69,7% en Farmacia Comunitaria y las preferencias del paciente,

Tabla 28. Escenario 1: estimación de costes y ahorro en consulta y medicamentos en Atención Primaria a nivel nacional según el porcentaje de síntomas menores que tenían el potencial de ser tratados en Farmacia Comunitaria.

Consultas en AP (Nacionales)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	60% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**	50% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**
Total consultas	232.500.000						
Nº Consultas SM (10%)	23.250.000	16.205.250		13.950.000		11.625.000	
Coste consulta SM (10%) (€)	1.451.730.000	149.576.972,26	862.278.837,74	128.760.664,79	742.277.335,21	107.300.553,99	618.564.446,01
Nº Consultas SM (15%)	34.875.000	24.307.875		20.925.000		17.437.500	
Coste consulta SM (15%) (€)	2.177.595.000	224.365.458,39	1.293.418.256,61	193.140.997,18	1.113.416.002,82	160.950.830,99	927.846.669,01
Nº Consultas SM (20%)	46.500.000	32.410.500		27.900.000		23.250.000	
Coste consulta SM (20%) (€)	2.903.460.000	299.153.944,52	1.724.557.675,48	257.521.329,58	1.484.554.670,03	214.601.107,98	1.237.128.892,02

AP: Atención Primaria; SM: Síntoma menor.

** En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual - (NºConsultas SM actual * % SM tratados en farmacia * 9,23€) - [NºConsultas SM actual * (100 - % SM tratados en farmacia) * 62,44€]

Tabla 29. Escenario 2: estimación de costes y ahorro en consultas y medicación en Atención Primaria en la Comunidad Valenciana según el porcentaje de síntomas menores que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria y la preferencia del paciente.

Consultas en Atención Primaria (Comunidad Valenciana)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria		De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria	
				82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	13,6% pacientes irían a farmacia****	Ahorro costes**
Total consultas	22.700.000						
Nº Consultas SM (10%)	2.270.000	1.582.190		1.302.142		215.178	
Coste consulta SM (10%) (€)	141.738.800	14.603.859,23	84.188.084,37	12.018.976	69.286.793,44	1.986.125	11.449.579,47
Nº Consultas SM (15%)	3.405.000	2.373.285		1.953.214		322.767	
Coste consulta SM (15%) (€)	212.608.200	21.905.788,84	126.282.126,56	18.028.464	103.930.190,16	2.979.187	17.174.369,21
Nº Consultas SM (20%)	4.540.000	3.164.380		2.604.285		430.356	
Coste consulta SM (20%) (€)	283.477.600	29.207.718,45	168.376.168,75	24.037.952	138.573.586,88	3.972.250	22.899.158,95

AP: Atención Primaria; SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual - (NºConsultas SM actual*% SM tratados en farmacia*9,23€) - (NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€)

***El 82,3% (N=576) de los pacientes que componen la muestra indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

****El 13,6% (N=22) de los pacientes que consultaron en AP indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

Tabla 30. Escenario 2: estimación de costes y ahorro en consultas y medicación en Atención Primaria a nivel nacional según el porcentaje de síntomas menores que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria y la preferencia del paciente.

Consultas en AP (Nacionales)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria		De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria	
				82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	13,6% pacientes irían a farmacia****	Ahorro costes**
Total consultas	232.500.000						
Nº Consultas SM (10%)	23.250.000	16.205.250		13.336.921		2.203.914	
Coste consulta SM (10%) (€)	1.451.730.000	149.576.972,26	862.278.837,74	123.101.848	709.655.483,46	20.342.468	117.269.921,93
Nº Consultas SM (15%)	34.875.000	24.307.875		20.005.381		3.305.871	
Coste consulta SM (15%) (€)	2.177.595.000	224.365.458,39	1.293.418.256,61	184.652.772	1.064.483.225,19	30.513.702	175.904.882,90
Nº Consultas SM (20%)	46.500.000	32.410.500		26.673.842		4.407.828	
Coste consulta SM (20%) (€)	2.903.460.000	299.153.944,52	1.724.557.675,48	246.203.696	1.419.310.966,92	40.684.936	234.539.843,86

AP: Atención Primaria; SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual- (NºConsultas SM actual*% SM tratados en farmacia*9,23€)-[NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€]

***El 82,3% (N=576) de los pacientes que componen la muestra indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

****El 13,6% (N=22) de los pacientes que consultaron en AP indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

tanto en la Comunidad Valenciana (Tabla 29) como a nivel nacional (Tabla 30). Estos datos no tienen en cuenta los costes de derivación desde la Farmacia Comunitaria al Centro de Salud.

En la *Tabla 30* se presenta el escenario 2 en el que se estima el ahorro de costes no solo considerando el porcentaje de síntomas menores que podían ser tratados en Farmacia Comunitaria, sino el ahorro que supondría teniendo en cuenta solo aquellos pacientes que aun pudiendo ser tratados en farmacia, acudirían en la actualidad a la Farmacia Comunitaria para tratar su síntoma menor. En este escenario se obtiene un ahorro que varía de 11.449.579,47€ en el supuesto más conservador a 138.573.586,88€ en el escenario menos conservador en las consultas de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.

Teniendo en cuenta las consultas realizadas en Atención Primaria a nivel nacional (Tabla 30), el ahorro obtenido variaría desde 117.269.921,93€ en el supuesto más conservador en el que tan solo el 13,6% de los pacientes con síntomas menores tratables en Farmacia Comunitaria acudiesen a farmacia, hasta 1.419.310.966,92€ en el supuesto menos conservador.

4.6.2. Estimación de costes en Atención Continuada

Si consideramos las consultas de Atención Continuada (consultas de “urgencias” disponibles en el Centro de Salud para las que el paciente no necesita concertar cita con antelación. Esta diferenciación se realizó debido a la importante diferencia de precios entre las consultas, 56,95€ en Atención Primaria y éstas, 105,27€)⁷⁰. Según los datos del Ministerio de Sanidad⁷⁶, en el año 2017 se atendieron en España 30 millones de consultas de “urgencias” por el médico de familia, es decir, en Atención Continuada. Únicamente en la Comunidad Valenciana el número de consultas en Atención Continuada ascendió a 4,4 millones.

Diversos estudios muestran que el porcentaje de síntomas menores en el Servicio de urgencias hospitalarias varía entre el 5%²⁸ y el 10%⁸⁰. Suponiendo que los pacientes que acuden a Atención Continuada tienen el mismo comportamiento, y puesto que no todos los síntomas menores presentados en consulta pueden ser tratados en Farmacia Comunitaria, en el escenario 1, reflejado en la Tabla 31, se muestra la estimación del ahorro que supondrían diferentes porcentajes de síntomas menores tratados en Farmacia.

Como se ha comentado previamente, en nuestro estudio, el médico valoró que el 69,7% (n=56) de los síntomas menores evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia

Tabla 31. Escenario 1: estimación de costes y ahorro en consulta y medicamentos en Atención Continuada en la Comunidad Valenciana según el porcentaje de síntomas menores que tenían el potencial de ser tratados en Farmacia Comunitaria.

Consultas en AC (Comunidad Valenciana)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	60% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**	50% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**
Total consultas	4.400.000						
Nº Consultas SM (5%)	220.000	153.340		132.000		110.000	
Coste consulta SM (5%) (€)	24.842.400	1.415.352,00	15.899.800,80	1.218.380,48	13.687.059,52	1.015.317,07	11.405.882,93
Nº Consultas SM (10%)	440.000	306.680		264.000		220.000	
Coste consulta SM (10%) (€)	49.684.800	2.830.703,99	31.799.601,61	2.436.760,97	27.374.119,03	2.030.634,14	22.811.765,86

AC: Atención Continuada; SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual- (NºConsultas SM actual*% SM tratados en farmacia*9,23€)-[NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€]

Tabla 32. Escenario 1: estimación de costes y ahorro en consulta y medicamentos en Atención Continuada a nivel nacional según el porcentaje de síntomas menores que tenían el potencial de ser tratados en Farmacia Comunitaria.

Consultas en AC (Nacionales)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	60% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**	50% SM tratados en farmacia	Ahorro costes**
Total consultas	30.000.000						
Nº Consultas SM (5%)	1.500.000	1.045.500		900.000		750.000	
Coste consulta SM (5%) (€)	169.380.000	9.650.127,24	108.238.352,76	8.307.139,66	93.320.860,34	6.922.616,39	77.767.383,61
Nº Consultas SM (10%)	3.000.000	2.091.000		1.800.000		1.500.000	
Coste consulta SM (10%) (€)	338.760.000	19.300.254,49	216.476.705,51	16.614.279,33	186.641.720,67	13.845.232,77	155.534.767,23

AC: Atención Continuada; SM: Síntoma menor:

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual- (NºConsultas SM actual*% SM tratados en farmacia*9,23€)-[NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€]

Comunitaria. A partir de este hecho se proponen dos supuestos más conservadores en los que se supone que el 60% y 50 % de los síntomas menores presentados en consulta de Atención Primaria fuesen problemas de salud que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria. Para el cálculo del ahorro se considera el coste de consulta en el grupo de farmacia intervención (9,23€) y el coste de consulta en Atención Primaria (112,92€) calculados previamente en la Tabla 26. De este modo se obtiene un ahorro que varía de 11.405.882,93€ en el supuesto más conservador a 27.374.119,03€ en el escenario menos conservador en consultas de Atención Continuada de la Comunidad Valenciana (Tabla 31). Estos datos no tienen en cuenta los costes de derivación desde la Farmacia Comunitaria al Centro de Salud.

Si consideramos todas las consultas de Atención Continuada realizadas a nivel nacional en 2017, el ahorro variaría desde 77.767.383,61€ en el supuesto más conservador a 186.641.720,67€ en caso de que el 10% de las consultas atendidas en Atención Continuada fuesen síntomas menores y el 69,7% de ellos fuesen tratables en Farmacia Comunitaria (Tabla 32).

Una de las variables recogidas en el estudio fue la disposición del paciente para ir a la farmacia en el futuro en caso de presentar el mismo síntoma menor, recogido mediante pregunta directa al paciente en la entrevista telefónica recogida a los 10 días de la consulta tanto en Farmacia Comunitaria como en Centro de Salud. En el caso de la Atención Continuada, los pacientes afirmaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro en el caso de padecer el mismo síntoma menor en el 23,8% de los casos, porcentaje mayor que en el caso de la Atención Primaria.

A continuación se estiman los costes y el ahorro considerando los diferentes porcentajes supuestos de consultas por síntoma menor en Atención Continuada (5% y 10%), un posible tratamiento del 69,7% en Farmacia Comunitaria y las preferencias del paciente, tanto en la Comunidad Valenciana (Tabla 33) como a nivel nacional (Tabla 34).

En la Tabla 34 se presenta el escenario 2 el porcentaje de pacientes que acudiría a Farmacia Comunitaria teniendo únicamente en cuenta aquellos síntomas menores que podían ser tratados en Farmacia Comunitaria. En este escenario se obtiene un ahorro que varía de 13.047.489,03€ en el supuesto más conservador a 35.641.239,26€ en el escenario menos conservador en Atención Continuada de la Comunidad Valenciana. Estos datos no tienen en cuenta los costes de derivación desde la Farmacia Comunitaria al Centro de Salud.

Si consideramos el escenario 2 en Atención Continuada a nivel nacional (Tabla 34) obtenemos

Tabla 33. Escenario 2: estimación de costes y ahorro en consultas y medicación en Atención Continuada en Comunidad Valenciana según el porcentaje de síntomas menores que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria y la preferencia del paciente.

Consultas en AC (Comunidad Valenciana)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria		De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria	
				82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	23,8% pacientes irían a farmacia****	Ahorro costes**
Total consultas	4.400.000						
Nº Consultas SM (5%)	220.000	153.340		126.199		36.495	
Coste consulta SM (5%) (€)	24.842.400	1.415.352,00	15.899.800,80	1.164.835	17.820.619,63	336.854	13.047.489,03
Nº Consultas SM (10%)	440.000	306.680		252.398		72.990	
Coste consulta SM (10%) (€)	49.684.800	2.830.703,99	31.799.601,61	2.329.669	35.641.239,26	673.708	26.094.978,06

AC: Atención Continuada; SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual- (NºConsultas SM tratados en farmacia*9,23€)-[NºConsultas SM actual*(100-% SM tratados en farmacia)]*€2,44€]

***El 82,3% (N=576) de los pacientes que componen la muestra indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

****El 23,8% (N=21) de los pacientes que consultaron en AC indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

Tabla 34. Escenario 2: estimación de costes y ahorro en consultas y medicación en Atención Continuada a nivel nacional según el porcentaje de síntomas menores que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria y la preferencia del paciente.

Consultas en AC (Nacionales)	Situación actual	69,7% SM tratados en farmacia*	Ahorro costes**	De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria		De los 69,7% SM potencialmente tratables en Farmacia Comunitaria	
				82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	23,8% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**
Total consultas	30.000.000						
Nº Consultas SM (5%)	1.500.000	1.045.500		860.447		248.829	
Coste consulta SM (5%) (€)	169.380.000	9.650.127,24	108.238.352,76	7.942.055	121.504.224,74	2.296.730	88.960.152,48
Nº Consultas SM (10%)	3.000.000	2.091.000		1.720.893		497.658	
Coste consulta SM (10%) (€)	338.760.000	19.300.254,49	216.476.705,51	15.884.109	243.008.449,48	4.593.461	177.920.304,95

AC: Atención Continuada, SM: Síntoma menor;

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria

**Ahorro costes = Coste consulta SM actual - (NºConsultas SM actual * 9,23€) - [NºConsultas SM actual * (100-% SM tratados en farmacia) * 62,44€]

***El 82,3% (N=576) de los pacientes que componen la muestra indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

****El 23,8% (N=21) de los pacientes que consultaron en AC indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor

Tabla 35. Resumen del ahorro en consultas y medicación en Centros de Salud según el porcentaje de síntomas menores que podrían ser tratados en Farmacia Comunitaria y la preferencia del paciente.

		Comunidad Valenciana Total Nº Consultas AP 2017 = 22.700.007 ⁶ Total Nº Consulta AC 2017 = 4.400.000 ⁷⁶			
		De los 69,7% SM potencialmente tratables en FC*			
		82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	13,6% en AP 23,8% en AC pacientes irían a farmacia****	Ahorro costes**
AP	Nº Consultas SM (15%)	1.953.214		322.767	
	Coste consulta SM (15%) (€)	18.028.464	103.930.190,16	2.979.187	17.174.369,21
AC	Nº Consultas SM (5%)	126.199		36.495	
	Coste consulta SM (5%) (€)	1.164.835	17.820.619,63	336.854	13.047.489,03
Total ahorro (consultas)		2.079.413		359.262	
Total ahorro (€)			121.750.809,79		30.221.858,24
		Nivel nacional Total Nº Consultas AP 2017 = 232.500.000 ⁷⁶ Total Nº Consulta AC 2017 = 30.000.000 ⁷⁶			
		De los 69,7% SM potencialmente tratables en FC*			
		82,3% pacientes irían a farmacia***	Ahorro costes**	13,6% en AP 23,8% en AC pacientes irían a farmacia****	Ahorro costes**
AP	Nº Consultas SM (15%)	20.005.381		3.305.871	
	Coste consulta SM (15%) (€)	184.652.772	1.064.483.225,19	30.513.702	175.904.882,90
AC	Nº Consultas SM (5%)	860.447		248.829	
	Coste consulta SM (5%) (€)	7.942.055	121.504.224,74	2.296.730	88.960.152,48
Total ahorro (consultas)		20.865.828		3.554.700	
Total ahorro (€)			1.185.987.449,93		264.865.035,38

AP: Atención Primaria; AC: Atención Continuada; SM: Síntoma menor; FC: Farmacia comunitaria.

* En Indica+PRO el médico valoró que el 69,7% de los 56 pacientes con síntomas menores (SM) evaluados y registrados podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria.

**Ahorro costes = Coste Total Nº Consulta AP/AC - (Total Nº Consultas AP/AC*% SM tratados en farmacia*9,23€)-[Total Nº Consultas AP/AC*(100-% SM tratados en farmacia)*62,44€/112,92€].

***El 82,3% (N=576) de los pacientes que componen la muestra indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor e igual demanda de medicamento.

****El 13,6% (N=22) de los pacientes que consultaron en AP y el 23,8% (N=21) en AC indicaron que irían a Farmacia Comunitaria en el futuro para el mismo síntoma menor.

un ahorro que varía entre 88.960.152,48€ en el caso más conservador en que tan solo el 5% de las consultas de Atención Continuada fuesen síntomas menores de las cuales el 69,7% fuesen tratables en Farmacia Comunitaria y tan solo el 23,8% de esos pacientes acudiesen a farmacia, hasta 243.008.449,48€ en el escenario menos conservador.

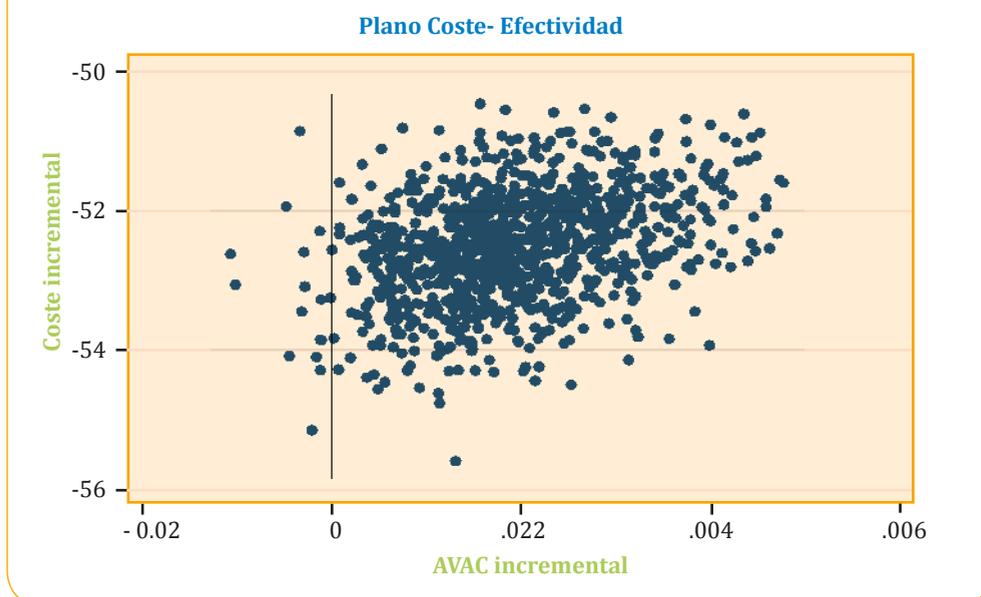
En la Tabla 35 se resume el ahorro en consultas de Centros de Salud teniendo en cuenta tanto la Atención Primaria como la Atención Continuada en la Comunidad Valenciana y a nivel nacional. En este resumen se considera el posible porcentaje de síntomas menores consultados en Atención Primaria y Continuada (15% y 5% respectivamente), el porcentaje de los mismos que podría ser tratado en Farmacia Comunitaria (69,7%) y las preferencias del paciente tanto de los que consultaron en Farmacia (82,3%) como los que lo hicieron en Atención Primaria (13,6%) y Continuada (23,6%). A nivel de Comunidad Valenciana el tratamiento de estos síntomas menores en Farmacia Comunitaria supondría una disminución de entre 359.262 a 2.079.413 consultas con un gasto asociado de entre 30.221.858,24€ y 121.750.809,79€. A nivel nacional esta disminución variaría entre 3.554.700 a 20.865.828 consultas con un gasto asociado de entre 264.865.035,38€ y 1.185.987.449,93€.

Los resultados del coste-utilidad se compararon entre el grupo de farmacia intervención y el Centro de Salud y se expresaron en términos de la RCEI.

En el análisis entre la Farmacia Comunitaria Intervención y la Atención Primaria, el coste medio en la consulta en Farmacia Comunitaria fue de 9,23€ (DE=3,24) y en Atención Primaria de 62,44€ (DE=4,49). Los índices de utilidad se convirtieron a 10 días, puesto que fue el tiempo transcurrido entre la consulta y la llamada telefónica posterior. Para la estimación del RCEI se obtuvo una media del coste incremental de -52,55€ ± 0,78 (IC95% -54,09 a -51,02) y una media de AVAC incremental de 0,0019335 ± 0,0010071 (IC95% 0,000403 a 0,0039073), según los resultados de coste utilidad el Servicio de Indicación Farmacéutica es la estrategia dominante. Es decir, un paciente que acude a Farmacia Comunitaria en lugar de Atención Primaria para tratar su síntoma menor supone un ahorro al sistema sanitario de 52,55€ y un aumento de AVAC de 0,0019335 con una probabilidad de que sea efectivo en un 99,9% de los casos.

Las replicaciones bootstrap se situaron en el cuadrante sureste del plano coste efectividad (donde se sitúan las intervenciones menos costosas y más efectivas) (Figura 7). De acuerdo a la curva de aceptabilidad, si se establece una disponibilidad a pagar de 20.000 €/AVAC⁸¹, hay una

Figura 7. Plano coste-efectividad en la comparación entre Farmacia Comunitaria intervención y Atención Primaria.

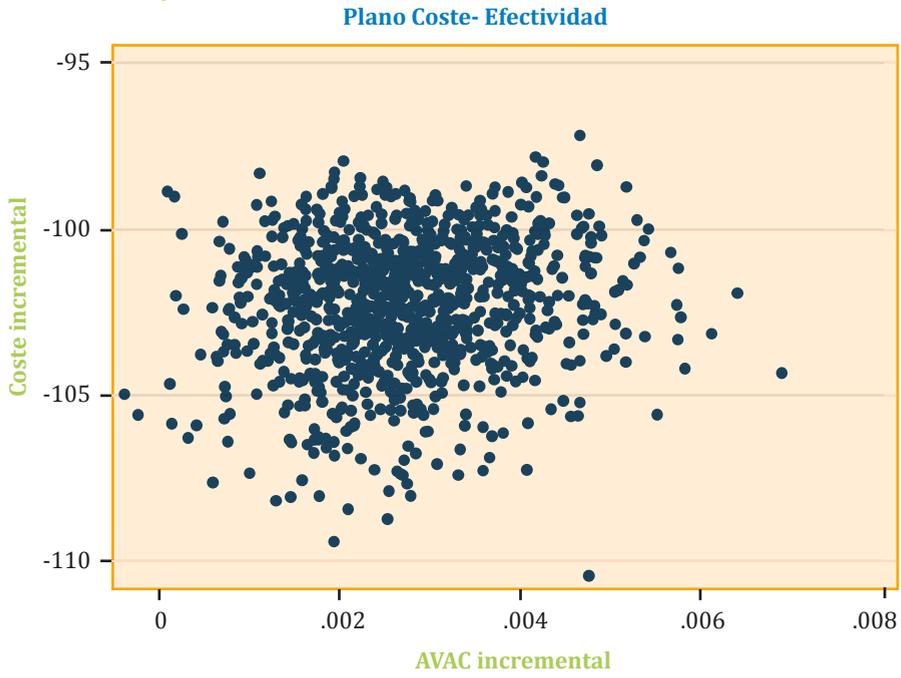


probabilidad del 99,9% de que el SIF sea coste-efectivo.

En el análisis entre la Farmacia Comunitaria Intervención y la Atención Continuada, el coste medio en la consulta en Farmacia Comunitaria fue de 9,23€ (DE=3,24) y en Atención Continuada de 112,92€ (DE=10,01). Los índices de utilidad se convirtieron a 10 días, puesto que fue el tiempo transcurrido entre la consulta y la llamada telefónica posterior. Para la estimación del RCEI se obtuvo una media del coste incremental de -102,34€ ± 2.01 (IC95% -106,28 a -98,40) y una media de AVAC incremental de 0,0026701 ± 0,0010829 (IC95% 0,0005476 a 0,0047927), según los resultados de coste utilidad el Servicio de Indicación Farmacéutica es la estrategia dominante. Es decir, un paciente que acude a Farmacia Comunitaria en lugar de Atención Continuada para tratar su síntoma menor supone un ahorro al sistema sanitario de 102,34€ y un aumento de AVAC de 0.0026701 con una probabilidad de que sea efectivo en un 100% de los casos.

Las replicaciones bootstrap se sitúan en el cuadrante sureste del plano coste efectividad (donde se sitúan las intervenciones menos costosas y más efectivas) (Figura 8). De acuerdo a la curva de aceptabilidad, si se establece una disponibilidad a pagar de 20.000 €/AVAC⁸¹, hay una probabilidad del 100% de que el SIF sea coste-efectivo.

Figura 8. Plano coste-efectividad en la comparación entre Farmacia Comunitaria intervención y Atención Continuada.



IND
ICA+
PRC

discusión

El presente estudio de investigación evalúa por primera vez en España el impacto clínico, económico y humanístico del Servicio de Indicación Farmacéutica, considerando, además, la automedicación del paciente para un síntoma menor como una entrada adicional al servicio ya consensuado a nivel nacional¹. En otros países existe el denominado *Minor Ailments Service*, muy similar al SIF español, donde se ha demostrado que el servicio puede ser implantado con éxito en la Farmacia Comunitaria³². En España para poder considerar si el SIF, incluyendo automedicación como vía de entrada al servicio, debería ser incluido en políticas sanitarias por parte de comunidades autónomas y gobierno era necesario evaluar previamente su impacto clínico, económico y humanístico. Todo ello teniendo en cuenta que tanto el SIF como la dispensación de medicamentos autorizados sin receta son actividades consideradas dentro de las competencias del farmacéutico ya incluidas a diferentes niveles en la práctica de Farmacia Comunitaria española.

La intervención realizada en el estudio comprendía la realización del SIF siguiendo el procedimiento descrito por Foro de AF¹ mediante el uso de protocolos normalizados de trabajo consensuados entre farmacéuticos comunitarios y médicos de Atención Primaria como parte de este estudio y ahora integrado en los Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores⁶⁴. Adicionalmente para reforzar la actuación del farmacéutico se elaboraron unos folletos con información escrita sobre el tratamiento no farmacológico disponible en cada síntoma menor que se entregaba en cada caso al paciente (Anexo 4).

Descripción de la muestra

Dentro de los resultados del estudio que tuvo una duración de 6 meses, se incluyó un total de 886 pacientes reclutados por 42 farmacéuticos y 3 médicos de Atención Primaria y Continuada. El 63,0% (n=544) de los pacientes fueron mujeres y la edad media fue de 47,9 años (DE=16,6), resultados similares a los obtenidos en otros estudios previos realizados en España^{11,43,74}. En Farmacia Comunitaria consultó un 16,6% (n=134) de personas de 65 años o mayores y un 2,6% (n=21) de niños entre 2 y 12 años, porcentaje considerable teniendo en cuenta la especial consideración que se debe tener con estos grupos de pacientes para garantizar la seguridad y efectividad de su tratamiento.

Si consideramos las diferencias obtenidas en esta muestra, observamos que en relación a la situación laboral, existió un mayor porcentaje de trabajadores en el grupo de farmacia control en

detrimento de los jubilados, desempleados y la ocupación doméstica, comparado con el grupo de farmacia intervención. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se estudió la situación laboral en función del tipo de consulta (demanda de medicamento para autocuidado y consulta sobre un síntoma menor). En el Centro de Salud, aunque mayor parte de la muestra estuvo constituida por trabajadores, hubo un mayor porcentaje de jubilados y estudiantes. Es probable que este hecho estuviese relacionado con una mayor disponibilidad de tiempo para acudir al Centro de Salud y el efecto económico por parte del paciente en comparación con la farmacia. En España en la actualidad, el paciente que recibe tratamiento farmacológico a través del SIF lo debe abonar íntegramente.

Es importante resaltar que la mayoría de los pacientes, 91,6% (n=740), que consultaron en Farmacia Comunitaria ya habían padecido el síntoma menor previamente. Entre aquellos pacientes que consultaron por primera vez (68 pacientes), la mayoría lo hizo mediante consulta de síntoma menor (6,9%, n=56) en comparación con aquellos que demandaron un medicamento (1,5%, n=12). Cabría esperar que estos pacientes que sufren el problema de salud por primera vez acudirían al Centro de Salud; sin embargo, la proporción de pacientes que padecían el síntoma menor por primera vez en el Centro de Salud fue solo del 3,5% (n=2). Ello pone de manifiesto la confianza del paciente en el farmacéutico como profesional sanitario, el hecho de que el SIF está bien aceptado dentro de la práctica habitual en Farmacia Comunitaria y el uso del autocuidado en nuestra sociedad.

Además de tener en cuenta si el paciente padece el síntoma menor por primera vez, para el tratamiento de estos problemas de salud es necesario considerar el tratamiento utilizado por los pacientes previo a la consulta (en Indica+PRO el 78,8% n=637, de los pacientes no había utilizado medicación previa a la consulta en la farmacia para tratar el síntoma menor). A pesar de que la muestra en el Centro de Salud fue pequeña, se observaron diferencias estadísticamente significativas en este aspecto, de manera que aquellos pacientes que acudieron al Centro de Salud habían tomado tratamiento farmacológico para resolver el problema de salud en mayor proporción (42,3%, n=33/78) que aquellos que acudieron a farmacia (22,7% en el grupo control, n=110/485; y 18,9% en el grupo intervención, n=61/323). Es decir, los pacientes que acudieron al Centro de Salud ya habían intentado solucionar el síntoma menor por sí mismos en mayor proporción. Por ello, sería lógico pensar que su síntoma menor tuviese una duración mayor; sin embargo, cuando se realizó la consulta tanto en farmacia como en Centro de Salud los pacientes reportaron una duración similar de los síntomas. Además, estos pacientes que acudieron al Centro de Salud padecían otro problema de salud en un porcentaje ligeramente menor que al observado en farmacia, 37,5% (n=21) frente a 45,8% (n=370) respectivamente. Remarcándose de nuevo la

confianza del paciente en el farmacéutico como profesional sanitario, aunque este punto también puede interpretarse como una falta percepción por parte de los pacientes del riesgo que supone el uso de un medicamento publicitario.

Otra de las diferencias observadas entre grupos fue la percepción del paciente sobre su calidad de vida relacionada con la salud medida tanto por utilidades como por escala visual analógica mediante el cuestionario EuroQol 5D-5L. Los pacientes que acudieron a Atención Continuada (AC) tuvieron un índice de utilidad menor en el momento de la consulta (0,72 DE=0,22), seguidos de los pacientes que acudieron a Atención Primaria (AP) (0,77 DE=0,20), los pacientes del grupo de farmacia intervención (0,87 DE=0,12) y los del grupo farmacia control (0,89 DE=0,14), con diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Diferencias observadas igualmente en estudios realizados a nivel internacional³¹. Ello puede estar relacionado con la variable comentada anteriormente sobre la situación laboral de los pacientes y las diferencias observadas en los diferentes ámbitos, así como con la decisión de acudir al médico ante una peor percepción del problema de salud.

Con todo ello observamos que los pacientes que acudieron al Centro de Salud habían tratado farmacológicamente el síntoma menor en mayor número de casos, su percepción sobre la calidad de vida era menor y, aunque la mayoría de ellos eran trabajadores existió una mayor proporción de jubilados y estudiantes en comparación con los que acudieron a farmacia, pacientes con mayor disponibilidad de tiempo y menos recursos.

Resultado de la consulta de Indicación Farmacéutica

Los resultados obtenidos tras la consulta en Farmacia Comunitaria ponen de manifiesto la importancia del consenso entre profesionales para la elaboración de los protocolos de trabajo, resaltando los beneficios de la práctica colaborativa.

Como resultado de la consulta, los farmacéuticos del grupo intervención derivaron pacientes al médico de Atención Primaria y modificaron la medicación demandada por el paciente en los casos de automedicación en el doble de ocasiones que el grupo control, puntos que se discutirán en siguientes apartados.

Los farmacéuticos del grupo intervención, indicaron un número similar de medicamentos al

grupo control, pero proporcionaron consejos higiénico-dietéticos en la mayoría de las consultas (94,1%, n=304) a diferencia del grupo control (72,8%, n=353), con diferencias estadísticamente significativas, remarcando la importancia del uso de los protocolos de actuación, los cuales incluyen el tratamiento no farmacológico en el manejo de los síntomas menores. En cuanto a los productos sanitarios, el grupo intervención aconsejó menor número de productos, el 10,5% (n=51) de los pacientes en el grupo control recibió algún producto sanitario; esto solo ocurrió en el 4,3% (n=14) de los casos en el grupo intervención. La diferencia entre el medicamento y el producto sanitario radica en la evidencia de eficacia existente o no (respectivamente) para la indicación en cuestión.

Cuando el paciente acude a la Farmacia Comunitaria recibe menor número de medicamentos que cuando consulta en el Centro de Salud. Los grupos de farmacia intervención y control indicaron una media de medicamentos de 0,97 (DE=0,36) (coste medio 7,07€, DE=3,2) y 0,97 (DE=0,46) (coste medio 6,79€, DE=4,0) respectivamente, en comparación con 1,64 (DE=0,83) prescritos en el Centro de Salud. Como se ha comentado previamente, en España en la mayoría de los casos en los que el paciente recibe medicación de prescripción no paga nada o paga un porcentaje del medicamento mientras que cuando recibe tratamiento farmacológico a través del SIF debe abonar el tratamiento íntegramente, un tratamiento que además por el hecho de ser especialidad publicitaria tiene un coste.

El perfil de los medicamentos recomendados en el Centro de Salud difiere a aquellos indicados en Farmacia Comunitaria coincidiendo con el perfil de medicamentos de prescripción y publicitarios respectivamente. Coincidiendo en gran número de ocasiones en la composición, pero difiriendo en la presentación del medicamento según sea de recomendación médica o de indicación farmacéutica.

5.1. Objetivo 1: Evaluar el impacto del SIF sobre la resolución de un síntoma menor en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por el mismo, comparado con la atención habitual en farmacia y en Centros de Salud.

Los síntomas menores más consultados en todos los ámbitos (grupo de farmacia control e intervención y Centro de Salud) fueron los respiratorios (síndrome gripal/catarral, tos y congestión nasal) seguidos de los de dolor moderado (cefalea, dolor de garganta y dismenorrea)

y en menor medida digestivos (acidez, diarrea, flatulencia y vómitos) y dermatológicos (herpes labial y pie de atleta). Ello tiene explicación puesto que, aunque el estudio fue diseñado por el propio carácter estacional de los síntomas menores para incluir las estaciones de invierno y primavera comprendiendo desde diciembre hasta mayo del año posterior, se trató de un invierno tardío explicando la alta prevalencia de síntomas menores respiratorios. Siendo además los síntomas menores con peor resolución.

Los pacientes que consultaron en Farmacia Comunitaria obtuvieron mayor resolución del síntoma menor que aquellos que acudieron al Centro de Salud. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento telefónico a los 10 días, de las 564 consultas registradas por consulta de síntoma menor se obtuvo respuesta en el 66,8% (n=377). En el caso de las 78 consultas del Centro de Salud, respondieron a la entrevista telefónica el 67% (n=52) de los pacientes, con una pérdida similar al obtenido en los grupos de farmacia. Se utilizó una escala Likert siendo 1 ninguna mejoría y 5 aquellos casos en los que el síntoma menor se resolvió completamente, obteniéndose una puntuación de 4,38 (DE=0,92) en el grupo intervención, 4,44 (DE=0,87) en el grupo de farmacia control y 4,14 (DE=1,03) en el Centro de Salud, con diferencias estadísticamente significativas en el Centro de Salud.

Este resultado positivo en todos los ámbitos pone de manifiesto la contribución de médicos y farmacéuticos en la seguridad y efectividad en el manejo de los síntomas menores del paciente, uno de los objetivos finales del sistema sanitario.

5.2. Objetivo 2: Evaluar el impacto del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor sobre la consulta posterior por el mismo síntoma, comparado con la atención habitual en farmacia y en Centros de Salud.

Uno de los indicadores clínicos utilizado en estudios similares realizados a nivel internacional es la consulta posterior por el mismo síntoma menor²³, debido a su posible relación con una no mejora del problema de salud y con problemas de salud no banales.

Para medir la consulta posterior por el mismo síntoma menor a los 10 días, en el caso de la Farmacia Comunitaria se tuvieron en cuenta los pacientes no derivados por el farmacéutico. El número de consultas posteriores por el mismo síntoma fue mayor en los pacientes que tuvieron la primera consulta en el grupo de farmacia intervención (24%, n=38), seguido del Centro de Salud (17,3%,

n=9) y del grupo de farmacia control (13,4%, n=27) siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Independientemente del ámbito donde tuvo lugar la primera consulta, la mayoría de consultas posteriores tuvieron lugar en el Centro de Salud. Los porcentajes de consulta posterior fueron similares a los obtenidos a nivel internacional²³. Esta consulta posterior más elevada en el grupo intervención podría estar relacionada con la derivación condicionada realizada por el farmacéutico, el cual da unas pautas al paciente sobre los casos en los que debe acudir al médico si no existe mejoría en los días posteriores, aumentando con ello la seguridad al paciente.

Como se ha comentado, la mayoría de consultas posteriores tuvieron lugar en el Centro de Salud (59,4%, n=54) lo cual puede explicarse puesto que los pacientes ya llevaban mayor número de días con el problema de salud y ya habían tomado medicación recomendada por un profesional sanitario, ello apoya la hipótesis de la derivación condicionada realizada por los farmacéuticos.

Todos los pacientes con visita posterior y cuya primera consulta había tenido lugar en el Centro de Salud obtuvieron medicación en una segunda consulta; sin embargo, en el caso de aquellos pacientes cuya visita inicial tuvo lugar en farmacia intervención y farmacia control, el 13,2% (n=5) y el 11,1% (n=3) respectivamente no obtuvo ninguna medicación en la consulta posterior. Ello podría indicar que, a pesar de que el paciente percibía que su problema no estaba resuelto, seguía tratándose de un síntoma menor. Para disminuir este tipo de consultas posteriores “innecesarias” sería recomendable mejorar la formación del farmacéutico para que la información que proporciona al paciente insista más en la importancia de la duración estimada de resolución en cada síntoma menor.

Como era de esperar, puesto que los síntomas respiratorios fueron responsables de la mayoría de las consultas en los 3 grupos y fueron los problemas de salud con peor resolución, las visitas posteriores por el mismo síntoma tuvieron lugar en mayor número de casos por este grupo de síntomas menores. Sería recomendable para futuros estudios realizar un seguimiento del paciente tras mayor número de días para verificar si se trataba de un síntoma menor o no.

5.3. Objetivo 3: Evaluar el impacto del SIF sobre la derivación apropiada al médico en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor o demandado un medicamento comparado con la atención habitual en farmacia.

La práctica colaborativa fue decisiva en la elaboración de los protocolos de trabajo del farmacéutico para el SIF puesto que incluyen criterios de derivación del paciente al médico consensuados entre profesionales sanitarios. De igual manera, uno de los puntos más importantes en la formación al farmacéutico sobre el tratamiento de los síntomas menores fue la detección apropiada de criterios de derivación. Este acto y la consecuente derivación del paciente permiten al farmacéutico actuar como un filtro a la consulta médica, detectando aquellos casos en los que hay sospecha de un problema de salud no banal en pacientes con riesgo y tratando a los pacientes sin riesgo para evitar de esa manera la sobrecarga del sistema sanitario.

En este estudio, existieron diferencias estadísticamente significativas tanto en la detección de criterios de derivación acordados con médicos como en la derivación entre farmacéuticos de ambos grupos (farmacia control e intervención) cuando se consideraron las consultas tanto por síntoma menor como por demanda de medicamento. El grupo intervención derivó al 7,4% (n=24) de los pacientes en comparación con el grupo control (3,9%, n=19). Por tanto, el farmacéutico comunitario en el grupo intervención, siguiendo los protocolos de actuación acordados con médicos como parte del codiseño del Servicio, derivó el doble de pacientes. Ello significa, por una parte, que una amplia mayoría de pacientes que acudió a la Farmacia Comunitaria pudo ser tratada in situ y, por otra, que el grupo intervención y en menor medida el grupo control, actuaron detectando pacientes con riesgo de padecer un problema de salud diferente a un síntoma menor, permitiendo que pudiesen ser evaluados por un médico.

Aproximadamente el 90% de los pacientes aceptó la derivación. Entre los pacientes que aceptaron la derivación y pudieron ser seguidos a los 10 días, 9 de los 12 (75%) pacientes derivados y seguidos en el grupo intervención fueron finalmente a la consulta médica y 1 de los 4 (25%) pacientes en el caso del grupo control. Por tanto, mayor número de pacientes en el grupo intervención siguió las recomendaciones del farmacéutico. Ello podría haber influido en la mejoría del síntoma menor en este grupo de pacientes, la cual fue mayor en el grupo intervención que en el grupo control, existiendo una completa mejoría en el 71,4% (n=8) de los casos en el grupo intervención y del 50% (n=2) en el grupo control.

La media de días para obtener una completa mejoría fue mayor en el grupo de pacientes derivados en comparación a los no derivados como cabría esperar, puesto que los pacientes derivados son aquellas personas más complejas con riesgo de padecer un problema de salud no banal.

Los criterios de derivación establecidos estaban distribuidos en 5 grupos en los protocolos previamente consensuados, según la edad del paciente, duración del síntoma menor, síntomas de alarma, otros problemas de salud y medicación del paciente o situaciones especiales. El registro de los datos por parte del farmacéutico permitió realizar una revisión externa posterior de los pacientes que cumplían criterios de derivación de edad y duración del síntoma no detectados por el farmacéutico. De los 534 pacientes no derivados tras consulta por síntoma menor, 51 pacientes (9,5%) deberían haber sido derivados teniendo en cuenta estos dos criterios aunque esto no sucedió en 36 pacientes (70,6%) del grupo control y 15 del grupo intervención (29,4%). Esto está en línea con el hecho de que el farmacéutico del grupo intervención realizó una mejor actuación, aunque no podemos determinar si el resto de criterios de derivación serían comparables a estos dos puntos (edad del paciente y duración del síntoma menor). Sería necesario tener estos aspectos en cuenta para futuros estudios ya que ello permitiría evaluar si es necesario reevaluar los protocolos.

5.4. Objetivo 4: Evaluar el impacto del SIF sobre el uso apropiado del medicamento en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria demandando un medicamento para un síntoma menor, comparado con la atención habitual en farmacia.

Como se ha comentado anteriormente, aproximadamente en el 30% (n=244) de los casos registrados la consulta se inició por demanda del paciente de un medicamento para un síntoma menor (automedicación). Ello puede deberse, no a que la demanda de medicamento tenga menor frecuencia a la consulta por síntoma menor en la Farmacia Comunitaria, sino a que el farmacéutico, debido a lo establecido por consenso, no asocia actualmente la demanda de medicamento al SIF. El grupo control registró mayor número de consultas (36,9%, 156 de 423 consultas registradas en este grupo) por demanda de medicamento que el grupo intervención (27,2%, 88 de 323) reforzando esta hipótesis.

Respecto a la indicación de medicamentos y a diferencia de lo que sucedía cuando la consulta se originaba por consulta sobre un síntoma menor, en consulta por demanda de medicamento,

farmacéuticos en ambos grupos de estudio actuaron de forma similar, dispensando tratamiento farmacológico en la mayoría de las consultas (98,9%, n=87 en intervención y 99,4%, n=155 en control) y prácticamente ningún producto sanitario (1,1%, n=1 en intervención y 0,6%, n=1 en control).

El farmacéutico del grupo intervención modificó el tratamiento demandado por el paciente por otro más adecuado para la situación concreta del paciente en el 12,6% (n=11) de los casos, en comparación con el 5,1% (n=8) en el grupo control. La mayoría de las modificaciones se debieron a indicación o dosis incorrecta del medicamento demandado. Como se ha comentado previamente, en España en Mayo de 2018, el 5,8% del mercado farmacéutico total se debió a Medicamentos Publicitarios⁴⁶, lo cual equivale a 8,7 millones de unidades. Considerando las cifras de España en Mayo de 2018, la modificación del 12,6% de los medicamentos demandados por el paciente de forma directa representa más de 1 millón de unidades en las que se aumentó la seguridad del paciente por parte del farmacéutico (más del doble que en el grupo control).

Es de vital importancia que esos medicamentos se indiquen al paciente tras una correcta evaluación para incrementar su seguridad puesto que, aunque se trate de medicamentos publicitarios, pueden ser causantes de efectos adversos en el consumidor. Por todo ello, los medicamentos publicitarios no deben ser considerados como cualquier otro producto de consumo.

El farmacéutico intentó cambiar el tratamiento en el 19,1% en el grupo intervención frente a un 7,8% en el caso del grupo control. Sin embargo, existió un porcentaje de rechazo por parte del paciente a la recomendación del farmacéutico de modificación del tratamiento. Este rechazo fue similar en ambos grupos (35%). Para evitar esta situación e incrementar la aceptación de las recomendaciones por parte del paciente, es necesario seguir contribuyendo a la educación en el paciente con un mensaje común por parte de todos los profesionales sanitarios.

Respecto al resultado de la consulta en estos casos de automedicación, la mejoría del síntoma menor fue similar en ambos grupos de farmacia (con una media de 4,40 puntos en una escala Likert donde 1 significaba ninguna mejoría y 5 completamente resuelto), y la derivación al médico se mantuvo conforme a lo obtenido en consulta de SIF (6,8% en el grupo intervención y 4,5% en el grupo control). La diferencia radicó en que la consulta posterior por el mismo síntoma menor fue mayor en el grupo control (13,3%, n=11 en el grupo control y 11,1%, n=6 en el grupo intervención).

Todo ello recalca la importancia de una correcta evaluación del caso independientemente de que la consulta del paciente se centre en el problema de salud o en el producto para tratarlo. Una correcta dispensación de un medicamento permite revisar la indicación, pauta, posibles interacciones o contraindicaciones del medicamento, sin embargo, a diferencia del SIF, no evalúa criterios de derivación al médico. El hecho de tratar una automedicación como una dispensación en lugar de una indicación farmacéutica puede eludir casos en los que el paciente deba ser evaluado por un médico, por ello no contribuye de igual forma a la seguridad del paciente. La literatura internacional demuestra igualmente que las consultas por síntoma menor en la Farmacia Comunitaria se evalúan y asisten mejor que las demandas de medicamento⁸². Sería por ello recomendable en el futuro la revisión del consenso nacional sobre estos casos de automedicación para ser incluidos en el procedimiento de trabajo contemplado para el SIF.

5.5. Objetivo 5: Evaluar el impacto humanístico del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor o demandando un medicamento para el mismo comparado con la atención habitual en farmacia y Centros de Salud.

Los resultados de este estudio muestran un efecto positivo sobre la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el paciente, que fue similar en todos los ámbitos tras 10 días de la consulta.

Fue interesante que los pacientes que acudieron a Atención Continuada tuvieron un índice de utilidad menor en el momento de la consulta (0,72 DE=0,22), seguidos de los pacientes que acudieron a Atención Primaria (0,77 DE=0,20), los pacientes del grupo de farmacia intervención (0,87 DE=0,12) y los del grupo control (0,89 DE=0,14), con diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Como era previsible y se ha visto en la literatura internacional³¹, los pacientes que tienen una peor percepción de su estado de salud acuden a Atención Continuada en primer lugar, seguidos de Atención Primaria. Respecto a las diferencias observadas entre farmacias, puede pasar que cuando un investigador recibe formación, selecciona inintencionadamente casos de mayor gravedad, incluyendo de esta forma al estudio un sesgo de selección.

Diez días tras la consulta, los resultados obtenidos en todos los grupos de estudio fueron similares, en Atención Continuada (0,91 DE=0,18), Atención Primaria (0,87 DE=0,20), farmacia intervención

(0,93 DE=0,15) y farmacia control (0,93 DE=0,17). El elevado incremento en la calidad de vida en este tipo de estudios puede estar relacionado con el propio impacto que representan los síntomas menores en la calidad de vida de los pacientes. Un síntoma menor puede limitar en gran medida la vida diaria del paciente, por ejemplo un resfriado puede llegar a provocar una baja laboral, lo que puede explicar modificaciones tan elevadas en la calidad de vida en tan corto período de tiempo. Sería recomendable el desarrollo y uso de herramientas más apropiadas para medir la calidad de vida en problemas de salud agudos como los síntomas menores.

Teniendo todo ello en cuenta, es importante remarcar el papel tanto de farmacéuticos como de médicos en la obtención de un incremento positivo y similar de la calidad de vida de los pacientes tras padecer un síntoma menor.

5.6. Objetivo 6: Evaluar el impacto económico del SIF en pacientes que acuden a la Farmacia Comunitaria consultando por un síntoma menor o demandando un medicamento para el mismo comparado con la atención habitual en farmacia y Centros de Salud.

En el cálculo del coste de consulta en cada ámbito se consideraron cuatro factores: tiempo empleado por el profesional sanitario en la consulta, infraestructura, coste de la medicación indicada/prescrita en los casos en los que se recomendó tratamiento farmacológico y formación del farmacéutico en el caso del grupo de farmacia intervención. Dicho coste de formación se imputó a cada uno de los pacientes susceptibles de recibir el SIF. Respecto al coste del tiempo empleado por cada farmacéutico en el SIF, puesto que en el grupo control hubo mayor número de titulares de farmacia que farmacéuticos adjuntos y ya que el salario de los titulares es más elevado, el coste del tiempo del farmacéutico fue ligeramente mayor en el caso del grupo control (1,74€) en comparación con el grupo intervención (1,58€). Debido a todo ello, se observaron diferencias muy pequeñas en el coste total de consulta en ambos grupos de farmacias (coste consulta con medicamentos en farmacia intervención de 9,23€ y de 9,06€ en farmacia control).

En el cálculo del ahorro que supondría al sistema sanitario implantar el SIF remunerado en la Farmacia Comunitaria, se consideraron varios escenarios:

- » Para el cálculo de las consultas de Atención Primaria debidas a síntomas menores se consideraron 3 escenarios según el margen que indican los estudios: el 10%, 15% y 20%

de las consultas de Atención Primaria se debieron a síntomas menores.

- » En el caso del cálculo de las consultas de Atención Continuada debidas a síntomas menores se consideraron 2 escenarios según el margen que indican los estudios: el 5% y 10% de las consultas de Atención Continuada se debieron a síntomas menores. Estos dos escenarios son conservadores puesto que los porcentajes considerados son los que se estima a nivel internacional para el servicio de urgencias hospitalarias, no para Atención Continuada.

- » En la estimación de las consultas de síntomas menores que podían haber sido tratadas en Farmacia Comunitaria se consideraron 3 escenarios: el primero según indicó el personal del Centro de Salud incluido en el estudio (el 69,7% de las consultas por síntomas menores registradas podían haber sido tratadas en farmacia) y dos escenarios más conservadores en los que solo el 60% y 50% de los síntomas menores presentados en el Centro de Salud podían haber sido tratados en Farmacia Comunitaria.

De todos los escenarios propuestos, el más cercano a lo obtenido en un estudio realizado en Reino Unido²⁸ fue aquel que consideraba que el 15% de las consultas de Atención Primaria y 5% de las consultas de Atención Continuada fueron debidas a síntomas menores, con la estimación del médico de que el 69,7% de esas consultas podrían ser tratadas en Farmacia Comunitaria. Considerando los costes de consulta y de medicación, y suponiendo que el sistema sanitario remunerase a la Farmacia Comunitaria por las consultas transferidas, se podría generar un ahorro que variaría entre 30,2 millones euros y 121,7 millones euros anuales en la Comunidad Valenciana y entre 264,8 millones euros y 1.185,9 millones euros a nivel nacional. En el cálculo de este ahorro se considera el precio de consulta en farmacia el obtenido en el caso de la farmacia intervención (9,23€), sin embargo, este coste incluye la medicación indicada en Farmacia Comunitaria cuyo precio es muy superior al precio del medicamento de prescripción que es el que subvenciona el sistema sanitario, por ello el ahorro obtenido es menor.

Es imprescindible no hablar únicamente de costes ahorrados sino de consultas liberadas al médico. De manera que se ahorrarían al sistema entre 350 mil y 2 millones de consultas en la Comunidad Valenciana, y entre 3.550 y 20,8 millones de consultas a nivel nacional, considerando los supuestos anteriormente comentados. Ello aumentaría la eficacia del sistema sanitario puesto que permitiría a los médicos de Atención Primaria y Continuada una mayor disponibilidad para el tratamiento de patologías crónicas, disminuiría los tiempos de espera e incrementaría

la accesibilidad del paciente al sistema sanitario en la actualidad congestionado por problemas de salud que no necesitan diagnóstico médico como son los síntomas menores, todo ello sin incrementar el gasto necesario por parte del sistema sanitario.

El SIF es un servicio es coste-efectivo, teniendo en cuenta la limitación que representan las diferencias en la calidad de vida de los pacientes al inicio del estudio. Se realizó una comparación entre la farmacia y Atención Primaria y otra entre farmacia y Atención Continuada debida a la diferencia en los costes de consulta en cada ámbito. Para la estimación del RCEI entre la farmacia intervención y Atención Primaria se obtuvo una media del coste incremental de $-52,55\text{€} \pm 0,78$ (IC95% $-54,09$ a $-51,02$) y una media de AVAC incremental de $0,0019335 \pm 0,0010071$ (IC95% $-0,000403$ a $-0,0039073$). En la comparación entre farmacia intervención y Atención Continuada se obtuvo una media del coste incremental de $-102,34\text{€} \pm 2,01$ (IC95% $-106,28$ a $-98,40$) y una media de AVAC incremental de $0,0026701 \pm 0,0010829$ (IC95% $0,0005476$ a $-0,0047927$).

Consideraciones metodológicas

En el estudio para medir el impacto clínico, humanístico y económico del SIF, se llevó a cabo una aleatorización de la muestra por municipios de la Comunidad Valenciana para evitar la contaminación entre grupos de estudio, evitando la posibilidad de que pacientes de la misma población pudiesen obtener consejos diferentes de distintas farmacias.

Hubo un mayor número de pérdidas en las farmacias incluidas en el estudio piloto, las cuales fueron asignadas sin aleatorización al grupo intervención. Algunas de las razones por la que ello ocurrió pudieron ser la época estival, la falta de repetición en la formación en estas farmacias y de un seguimiento más intensivo por parte del formador colegial. Para la implantación del servicio, sería recomendable intensificar el seguimiento de las farmacias en una fase inicial, así como ajustar el registro a la naturaleza del servicio.

Se observaron diferencias en ambos grupos de farmacéuticos respecto al ejercicio de los mismos, existiendo mayor número de titulares de farmacia participantes en el grupo control. Sin embargo, el trabajo de los farmacéuticos titular y adjunto era el mismo en la práctica, siendo importante remarcar que no existieron diferencias en la formación en Atención Farmacéutica ni en los años de experiencia entre grupos. Aún así, el grado de motivación podría variar debido a que el

farmacéutico titular es empleado por cuenta propia y el farmacéutico adjunto lo es por cuenta ajena.

La selección de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios incluidos en el estudio no se llevó a cabo mediante aleatorización para facilitar la inclusión de pacientes, ello pudo suponer un sesgo de selección.

En España, por definición, el SIF llevado a cabo en Farmacia Comunitaria no necesita seguimiento posterior. Por ello, para el estudio, fue realizado por el equipo investigador mediante una entrevista telefónica a los 10 días de la consulta, con una pérdida del 35% de los pacientes, aproximado a un estudio similar realizado en Escocia e Inglaterra en 2015³¹, donde la respuesta fue del 70%. Esta pérdida podría estar provocada por la propia falta de hábito del paciente en dicho seguimiento.

Una de las principales limitaciones de este tipo de estudios radica en que, por definición, el síntoma menor es un problema de salud autolimitado en el tiempo lo cual lleva implícita su resolución con independencia de la intervención realizada por el profesional sanitario.

IND
ICA+
PRC

conclusión

Los resultados del estudio sugieren resultados clínicos similares entre la Farmacia Comunitaria y el Centro de Salud y diferencias sustanciales en los costes de consulta en cada ámbito como se ha comprobado igualmente a nivel internacional^{23,31}. El modelo español de ordenación farmacéutica permite que casi la totalidad de la población disponga de una farmacia en su propio municipio, garantizando el acceso a la atención sanitaria a través de la farmacia a nivel nacional. Esta capilaridad farmacéutica y la ausencia de inversión para poner en marcha el servicio son dos de las ventajas que contribuyen a la posibilidad en la transferencia de consultas al ámbito de la Farmacia Comunitaria.

La intervención realizada comprendía el uso de protocolos normalizados de trabajo consensuados con médicos de Atención Primaria (Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores)⁶⁴, la formación de los farmacéuticos y el seguimiento de un procedimiento establecido para la consulta con el paciente, mejorando de esta forma las habilidades del farmacéutico comunitario y con ello, la práctica actual en Farmacia Comunitaria.

La práctica colaborativa fue decisiva en la elaboración de los protocolos de trabajo del farmacéutico para el SIF puesto que incluyen criterios de derivación del paciente al médico consensuados entre profesionales sanitarios.

La prestación del SIF protocolizado en la Farmacia Comunitaria tanto para consultas por síntoma menor como para demandas de medicamento para autocuidado (automedicación) en comparación con la atención habitual, permitió:

- » Aumentar la detección de problemas de salud no banales en la consulta del paciente por síntomas menores y en la demanda de productos en su autocuidado.
- » Un incremento estadísticamente significativo en la detección de criterios de derivación acordados con el médico. El farmacéutico comunitario en el grupo intervención, siguiendo los protocolos de actuación acordados con médicos, derivó el doble de pacientes (7,4%, n=24) en comparación con el grupo control (3,9%, n=19) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,029$).
- » La mayoría de pacientes derivados por el farmacéutico comunitario aceptó la derivación (6,5%, n=21 en el grupo intervención y 3,5%, n=17 en el grupo control).
- » Cuando el SIF se debió a consulta por síntoma menor, los farmacéuticos del grupo intervención indicaron medicación en el 89,8% (n=211) de los casos comparado con el

83,3% (n=274) en el grupo control. Sin embargo, el grupo control recomendó productos sanitarios en mayor número de ocasiones (14,9%, n=49) comparado con el grupo intervención (5,5%, n=13).

- »» En consulta por demanda de medicamento, los dos grupos de farmacia actuaron de forma similar dispensando tratamiento farmacológico en la mayoría de las consultas (98,9%, n=87 en intervención y 99,4%, n=155 en control) y prácticamente ningún producto sanitario (1,1%, n=1 en intervención y 0,6%, n=1 en control).
- »» Un incremento estadísticamente significativo en la modificación del tratamiento demandado por el paciente para automedicación. El farmacéutico comunitario del grupo intervención modificó más del doble de tratamientos (12,6%, n=11) en comparación con el grupo control (5,1%, n=8), representaría más de 1 millón de unidades en las que se aumentaría la seguridad del paciente por parte del farmacéutico. Aunque se detectó que en el 19,1% (n=16) y 7,8% (n=12) de los casos el tratamiento debía ser modificado, sin embargo, hubo rechazo por parte del paciente.
- »» Teniendo en cuenta derivación y modificación del tratamiento demandado, la intervención del farmacéutico tuvo lugar en 40 pacientes (12,4%) en el grupo intervención en comparación con los 31 pacientes del grupo control (6,4%) con diferencias estadísticamente significativas.
- »» El servicio realizado en la Farmacia Comunitaria aumenta la seguridad al paciente que presenta síntomas menores y también a la demanda de productos en su autocuidado.
- »» Es importante para la mejora de la práctica en Farmacia Comunitaria y para el beneficio del paciente el empleo de una figura como es el formador colegial que es un elemento facilitador en la formación del farmacéutico comunitario para la mejora de la práctica profesional.

La prestación del servicio de SIF protocolizado en la Farmacia Comunitaria en comparación con la atención habitual en farmacia y el Centro de Salud (Atención Primaria y Continuada), permite:

- »» Los pacientes que consultaron en Farmacia Comunitaria obtuvieron mayor resolución del síntoma menor que aquellos que acudieron al Centro de Salud. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento telefónico a los 10 días, de los 808 pacientes que acudieron a Farmacia Comunitaria, respondieron 520 personas, existiendo una pérdida del 35,6%

(n=288) de los pacientes, en el caso de las 78 consultas del Centro de Salud, respondieron a la entrevista telefónica el 33,3% (n=26) de los pacientes, con una pérdida similar al obtenido en los grupos de farmacia. Se utilizó una escala Likert siendo 1 ninguna mejoría y 5 aquellos casos en los que el síntoma menor se resolvió completamente, obteniéndose una puntuación de 4,38 (DE=0,92) en el grupo intervención, 4,44 (DE=0,87) en el grupo de farmacia control y 4,14 (DE=1,03) en el Centro de Salud con diferencias estadísticamente significativas.

- » Una disminución en el número de tratamientos recibidos por el paciente para aliviar un síntoma menor. La farmacia intervención indicó una media de medicamentos de 0,97 (DE=0,36) (coste medio 7,07€, DE=3,2) en comparación con 1,64 (DE=0,83) prescritos en el Centro de Salud, 1,61 (DE=0,83) (coste medio 5,40€, DE=4,4) en Atención Primaria y 1,66 (DE=0,84) (coste medio 7,65€, DE=10,0) en Atención Continuada.
- » Obtención similar de la calidad de vida percibida por el paciente 10 días después de la consulta. Los pacientes que acudieron a Atención Continuada tuvieron un índice de utilidad menor en el momento de la consulta (0,72 DE=0,22), seguidos de los pacientes que acudieron a Atención Primaria (0,77 DE=0,20), los pacientes del grupo de farmacia intervención (0,87 DE=0,12) y los del grupo control (0,89 DE=0,14), con diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Obteniendo a los 10 días resultados similares, en Atención Continuada (0,91 DE=0,18), Atención Primaria (0,87 DE=0,20), farmacia intervención (0,93 DE=0,15) y farmacia control (0,93 DE=0,17).

El tiempo medio necesario para la prestación del SIF fue de aproximadamente 6 minutos por paciente.

En el análisis económico realizado, se supuso según la literatura internacional que el 15% de las consultas de Atención Primaria y 5% de las consultas de Atención Continuada eran síntomas menores. Teniendo en cuenta además, la estimación del médico de que el 69,7% de esas consultas podrían ser transferidas y tratadas en Farmacia Comunitaria y (escenario 1) que el 82,3% de estos pacientes indicaron que acudirían a Farmacia o (escenario 2) que el 13,6% en Atención Primaria y 23,8% en Atención Continuada de los pacientes indicaron que acudirían a Farmacia:

- » Se podrían transferir a Farmacia Comunitaria entre 350 mil (escenario 2) y 2 millones de consultas (escenario 1) en Comunidad Valenciana, y entre 3,5 millones (escenario 2) y 20,8 millones de consultas (escenario 1) a nivel nacional. Permitiendo a los médicos de

Atención Primaria y Atención Continuada mayor disponibilidad para el tratamiento de patologías crónicas, e incrementando la accesibilidad del paciente al sistema sanitario.

- » Se calcula que se podría generar un ahorro que variaría entre 30,2 millones euros (escenario 2) y 121,7 millones euros (escenario 1) anuales en la Comunidad Valenciana y entre 264,8 millones euros (escenario 2) y 1.185,9 millones euros (escenario 1) a nivel nacional con la remuneración correspondiente a la Farmacia Comunitaria de las consultas transferidas desde el Centro de Salud. Teniendo en cuenta que el PVP considerado de la medicación incluida en la consulta en la farmacia es el del medicamento publicitario y la limitación comentada sobre el impacto humanístico.
- » El Servicio de Indicación Farmacéutica es un servicio es coste-efectivo. Para la estimación del RCEI entre farmacia intervención y Atención Primaria se obtuvo una media del coste incremental de $-52,55€ \pm 0,78$ (IC95% $-54,09$ a $-51,02$) y una media de AVAC incremental de $0,0019335 \pm 0,0010071$ (IC95% $-0,000403$ a $-0,0039073$). En la comparación entre intervención y Atención Continuada se obtuvo una media del coste incremental de $-102,34€ \pm 2,01$ (IC95% $-106,28$ a $-98,40$) y una media de AVAC incremental de $0,0026701 \pm 0,0010829$ (IC95% $0,0005476$ a $-0,0047927$). Según los resultados de coste utilidad el Servicio de Indicación Farmacéutica es la estrategia dominante.
- » Un paciente que acude a Farmacia Comunitaria en lugar de Atención Primaria para tratar su síntoma menor supone un ahorro al sistema sanitario de 52,55€ y un aumento de AVAC de 0,0019335 con una probabilidad de que sea efectivo en un 99,9% de los casos.
- » Un paciente que acude a Farmacia Comunitaria en lugar de Atención Continuada para tratar su síntoma menor supone un ahorro al sistema sanitario de 102,34€ y un aumento de AVAC de 0,0026701 con una probabilidad de que sea efectivo en un 100% de los casos.
- » Al igual que ocurre en otros países³² este sistema podría ser accesible únicamente para un grupo de pacientes claramente definido y una serie de síntomas menores delimitados.

El farmacéutico comunitario, mediante la prestación del servicio de SIF puede promover el uso racional del medicamento y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Con la evidencia aportada en el presente informe, resulta evidente que los gobiernos deberían considerar la inclusión del farmacéutico comunitario en el equipo de salud para contribuir al tratamiento de los síntomas menores.

IND
ICA+
PRC

bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. Mayo de 2010. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN-13: 978-84-693-1717-4.
2. World Health Organization. Self-care in the context of primary health care report of the regional consultation. Bangkok: World Health Organization; 2009.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación. Reporte de la 4ª Reunión del Grupo Consultivo de la OMS sobre el papel del farmacéutico. La Haya: Organización Mundial de la Salud; 1998.
4. Baos Vicente V, Faus Dáder MJ. Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Madrid: Fundación Abbott; 2008.
5. Pérez-Escamilla B, García-Cárdenas V, Gastelurrutia MA, Varas R, Sáez-Benito L, Martínez-Martínez F, et al. Percepción de los formadores colegiales sobre el futuro profesional de esta nueva figura laboral en la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):8.
6. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 178, de 27/07/2006.
7. Foro de AF FC. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales: definición y clasificación. *Panorama Actual del Medicamento* 2016; 40 (395): 709-711.
8. Faus Dáder, MJ, Amariles Muñoz P, Martínez-Martínez F et al Atención farmacéutica servicios farmacéuticos orientados al paciente. ISBN: 978-84-16992-59-1. Depósito Legal: GR 90-2018.
9. Porteous T, Ryan M, Bond C, Hannaford P. Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment. *Br J Gen Pract*. 2006;56:911-917.
10. Noyce P. The landscape of self care and self care. *Self care*. 2011; 2;4:93-97.
11. Ocaña A. Efectividad del proceso estructurado de asesoramiento en síntomas menores frente al asesoramiento habitual en Farmacias Comunitarias españolas [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 2011.
12. Hassell K, Rogers A, Noyce P. Community pharmacy as a primary health and self-care resource: a framework for understanding pharmacy utilisation. *Health and Social Care in the Community* 2000;8:40-9.
13. Gray NJ, Cantrill JA, Noyce PR. "Health repertoires": an understanding of lay management of minor ailments. *Patient Education and Counselling* 2002; 47: 237-244.
14. Hanna LA, Hughes CM. "First, Do No Harm": Factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication. *Drug Safety* 2010; 33: 245-55.
15. Scottish Executive. National Health Service (Scotland) ACT 1978 Health Board additional pharmaceutical services (Minor ailment service) (Scotland) directions. Edinburgh: Scottish Executive; 2006.
16. Northern Ireland Executive. Agreement reached on minor ailments service. Northern Ireland: Northern Ireland Executive; 2010.

17. Cym Taf University Local Health Board. New Choose Pharmacy Scheme. Cwm Taf Local Health Board. 2013. Disponible en: <http://www.cwmtafuhb.wales.nhs.uk/news/29092>.
18. Department of Health. Implementing the new Community Pharmacy Contractual Framework. London: Department of Health; 2005.
19. Canadian Pharmacists Association. Summary of pharmacists' expanded scope of practice across Canada. Canada: Canadian Pharmacists' Association; 2014. Disponible en: <https://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/scope-of-practice-canada/>
20. The Scottish Government. What is the NHS Minor ailment service. The Scottish Government. Disponible en: <http://www.scotland.gov.uk/publications/2006/06/26102829/1>
21. The Proprietary Association of Great Britain. Making the case for the self care of minor ailments. Great Britain: The Proprietary Association of Great Britain; 2009. Disponible en: <http://www.pagb.co.uk/publications/pdfs/Minorailmentsresearch09.pdf>
22. Baqir W, Learoyd T, Sim A, Todd A. Cost analysis of a community pharmacy 'minor ailment scheme' across three primary care trusts in the North East of England. *Journal of Public Health*. 2011;33(4):551-5.
23. Paudyal V, Watson MC, Sach T, Porteous T, Bond CM, Wright DJ, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):e472-81.
24. Pharmacy Association of Nova Scotia (PANS). Evaluation of the provision of minor ailment services in the pharmacy setting pilot study. Nova Scotia: Pharmacy Association of Nova Scotia (PANS); 2013. Disponible en: https://pans.ns.ca/wp-content/uploads/2013/11/2013-10-17-PANS-report_FINAL.pdf.
25. University of Saskatchewan. Guidelines for Minor ailment prescribing. Saskatchewan: The Saskatchewan Drug Information Service; 2010. Disponible en: <http://www.medsask.usask.ca/professional/guidelines/index.php>
26. Rafferty E, Yaghoubi M, Taylor J, Farag M. Costs and savings associated with a pharmacists prescribing for minor ailments program in Saskatchewan. *BMC*. 2017;15(1):3.
27. Wertheimer A, Serradell J. A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharm World Sci*. 2008;30:309-315.
28. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, Barton G, Holland R, Bond CM, Watson MC. Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Family Practice*, 2015, Vol. 32, No. 2, 165–172.
29. Proprietary Association of Great Britain. PAGB. Self Care Nation, Self care attitudes and behaviours in the UK. Noviembre 2016. Disponible en: <http://www.pagb.co.uk/content/uploads/2016/11/PAGB-SELF-CARE-NATION-REPORT-NOVEMBER-2016-1.pdf>.
30. European Platform for Patients' Organisations, Science and Industry (Epposi). The Epposi Barometer:

Consumer Perceptions of Self Care in Europe. Brussels: EPPOSI; 2013. Disponible en: <http://epposi.org/wp-content/uploads/2015/07/EPPOSI-Self-Care-Barometer-Report-2013-EN.pdf>.

31. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006261.
32. Aly M, García-Cárdenas V, Williams K, Benrimoj SI, A review of international pharmacy-based minor ailment services and proposed service design model. *Research in Social & Administrative Pharmacy* (2018), doi: 10.1016/j.sapharm.2017.12.004.
33. Mary Seacole Research Centre. The Pharmacy First Minor Ailments Scheme in Leicester. Leicester: Mary Seacole Research Centre; 2011. Disponible en: https://www.dora.dmu.ac.uk/bitstream/handle/2086/6214/PHARMAS%20Final_Report_250111_DMU.pdf?sequence=1
34. Langley C, Bush J, Patel A. An Evaluation: The implementation and impact of healthy living pharmacies within the Heart of Birmingham. Birmingham: Aston University; 2015. Disponible en: <https://pharmacyresearchuk.org/wp-content/uploads/2015/06/The-Implementation-and-Impact-of-Healthy-Living-Pharmacies-within-the-Heart-of-Birmingham-Final-report.pdf>
35. Sewak N, Cairns J. A modelling analysis of the cost of a national minor ailments scheme in community pharmacies in England. *The International journal of pharmacy practice*. 2011;19 (S1)(50).
36. British Columbia Pharmacy Association. British Columbia Pharmacy Association (BCPhA) clinical service proposal treatment of minor ailments. British Columbia: British Columbia Pharmacy Association; 2013. Disponible en: http://www.bcpharmacy.ca/uploads/Treatment_of_Minor_Ailments.pdf
37. 9000 Points of Care: Improving access to affordable healthcare. Broader pharmacy's five creative initiatives to improve healthcare system outcomes, deliver greater value and improve the patient experience. Canada; 2013. Disponible en: <http://9000pointsofcare.ca>
38. Paudyal V, Hansford D, Cunningham S, Stewart D. Pharmacy assisted patient self care of minor ailments: a chronological review of UK health policy documents and key events 1997-2010. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2011;101(3):253-9.
39. Bristol Clinical Commissioning Group. NHS minor ailments scheme 2015/2016. Bristol: Bristol Clinical Commissioning Group; 2015. Disponible en: <https://psnc.org.uk/?our-services=minor-ailments-service-bristol-area>
40. The Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Minor ailment service – Template service specification. London: The Pharmaceutical Services Negotiating Committee; 2015. Disponible en: https://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/07/en8_minor_ailment_service.pdf
41. Noseworthy J. Minor ailments across Canadian jurisdictions. *Canadian pharmacists journal : CPJ = Revue des pharmaciens du Canada : RPC*. 2013;146(5):296-8.
42. CGCOF. Estadística de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2018. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Documentos-acceso-medios/Estad%C3%ADsticas-Colegiados-Farmacias-Comunitarias-2018.pdf>.

43. Prats R, Piera V, Pons L, Roig I. Estudio cuantitativo y cualitativo de la indicación farmacéutica en una Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2012;14(1):2-10.
44. Baixauli-Fernández VJ, Barbero-González A, Salar-Ibáñez L. Las consultas de indicación farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2005;7(2):54-61.
45. Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC). Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España. Madrid: Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia; 2015. Disponible en: <http://static.diariomedico.com/docs/2015/10/21/informe-cnmc-farmacias-2015.pdf>.
46. IMS health & Quintiles are now (IQVIA). Evolución del Mercado de la farmacia Española. IMS health; 2018. Disponible en: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/spain/monthly-report/2018/iqvia-informefarmacias-marzo2018.pdf?la=es-es&hash=68C72F6D72A7364A7CBD CB122FB3B81389547FCA>
47. Salar Ibáñez L, Espejo Guerrero J, Gómez Martínez J, Prats Más R, Eyaralar Riera T, Barbero González A. Criterios de derivación a un servicio médico en 'I-VALOR'. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2016 May 26; 8(Suplemento 1).
48. González Hernández P, Moreno Fernández P, Gómez Martínez JC, Salar Ibáñez L, Prats Mas R, Barbero González A, Espejo Guerrero J, Eyaralar Riera T. I-valor: Indicación Farmacéutica en erosiones cutáneas. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2016 May 26; 8(Suplemento 1).
49. MSSI. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Datos 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Sintesis_result_BDCAP.pdf.
50. Gobierno de Aragón. Estudio de satisfacción del usuario de la oficina de farmacia en Zaragoza. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2008. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Institucional/Consumo/Observatorio_de_consumo/Estudios_e_informes/ESTUDIO_FARMACIAS.pdf.
51. Salar Ibáñez L, Prats Mas R, Eyaralar Riera T, Espejo Guerrero J. Programa 'I-VALOR': la indicación farmacéutica protocolizada, consensuada y registrada en la Farmacia Comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios.* 2017 Sep; 9(3):5-12.
52. Duckett S, Breadon P. Access all areas New solutions for GP shortages in rural Australia. Melbourne: Grattan Institute Report. Disponible en: <http://grattan.edu.au/wp-content/uploads/2014/04/196-Access-All-Areas.pdf>
53. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. Proyecto REFCOM: Cómo debe ser la farmacia que necesita la sociedad. SEFAC. Madrid; 2015.
54. Australian Self Medication Industry. Advancing Consumer Health Through Responsible Self Care Annual report 12.13. Sydney: Australian Self Medication Industry; 2013.
55. Vohra S. A community pharmacy minor ailment scheme: effective, rapid and convenient. *Pharmaceutical journal.* 2006;276(7406):754-6.

56. Berreni A, Montastruc F, Bondon-Guitton E, Rousseau V, Abadie D, Durrieu G, Chebane L, Giroud JP, Bagheri H, Montastruc JL. Adverse drug reactions to self-medication: a study in a pharmacovigilance database. *Fundam Clin Pharmacol*. 2015 Oct;29(5):517-20.
57. Locquet M, Honvo G, Rabenda V, Van Hees T, Petermans J, Reginster JY, Bruyère O. Adverse Health Events Related to Self-Medication Practices Among Elderly: A Systematic Review. *Drugs Aging*. 2017 May;34(5):359-365.
58. Rolita L, Freedman M. Over-the-counter medication use in older adults. *J Gerontol Nurs*. 2008 Apr;34(4):8-17.
59. Alhawassi TM, Krass I, Bajorek BV, Pont LG. A systematic review of the prevalence and risk factors for adverse drug reactions in the elderly in the acute care setting. *Clin Interv Aging*. 2014 Dec 1;9:2079-86.
60. Schmiedl S, Rottenkolber M, Hasford J, Rottenkolber D, Farker K, Drewelow B, Hippus M, Salje K, Thürmann P. Self-medication with over-the-counter and prescribed drugs causing adverse-drug-reaction-related hospital admissions: results of a prospective, long-term multi-centre study. *Drug Saf*. 2014 Apr;37(4):225-35.
61. Maurandi Guillén MD, Hernández Rex A, Abaurre Labrador R, Arrebola Vargas C, GarcíaDelgado P, Martínez-Martínez F. Satisfacción de los usuarios de Farmacia Comunitaria con un servicio de dispensación pilotado. *Ars Pharmaceutica*. 2012; 53(2).
62. Steen, M., Manschot, M., & De Koning, N. (2011). Benefits of co-design in service design projects. *International Journal of Design*, 5(2), 53-60.
63. Ingrid Burkett. An introduction to co-design. *Co-designing for Social Good: The Role of Citizens in Designing and Delivering Social Services, Part One*. Centre for Social Impact, University of NSW. 2012.
64. Faus Dáder MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F et al. *Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores*. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018. ISBN: 978-84-16992-88-1.
65. Instituto Nacional de Estadística. *Cifras de población y censos demográficos. Proyecciones de población. Serie 2016 - 2066*. Disponible en: <http://www.ine.es/inebaseDYN>.
66. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. *Buscador de recursos*. Disponible en: http://www.san.gva.es/buscador_recursos
67. Paluch E, Jayawardena S, Wilson B, Farnsworth S. Consumer self-selection, safety, and compliance with a novel over-the-counter ibuprofen 600-mg immediate-release and extended-release tablet. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*. 2016;56(4):397-404.
68. Eickhoff C, Hammerlein A, Griese N, Schulz M. Nature and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2012;21(3):254-60.
69. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas. *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España, Servicio de Indicación Farmacéutica*. Madrid:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014.
70. Ley 20/2017, de 28 de diciembre, de la Generalitat, de tasas. [2017/12159] (DOGV núm. 8202 de 30.12.2017) Ref. Base Datos 011728/2017.
 71. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Bot Plus. Base de Datos del Conocimiento Sanitario. Madrid: CGCOF; 2018.
 72. Resolución de 9 de abril de 2014, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el laudo arbitral para oficinas de farmacia.
 73. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Proyecto ConSIGUE para medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimiento Fármaco-Terapéutico en mayores polimedicados, en la Farmacia Comunitaria española. Madrid; 2014. ISBN: 978-84-87276-83-5.
 74. Ferrer-López I, Machuca M, Baena MI, Faus MJ, Martínez-Martínez F. Caracterización de la indicación farmacéutica en farmacias comunitarias de Sevilla capital (España). Estudio piloto. *Ars pharm.* 2007; 48(4).
 75. Olga Vilanova. DMF: de 2010 a 2018, nueve años afianzando la relación entre el farmacéutico y la sociedad. *Diariofarma*; 24/09/18. Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2018/09/24/dmf-de-2010-a-2018-nueve-anos-afianzando-la-relacion-entre-el-farmaceutico-y-la-sociedad>
 76. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sanidad en datos, Año 2017. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
 77. NHS England. Transforming Urgent and Emergency Care Services in England. Urgent and Emergency Care Review End of Phase 1 Report. Appendix 1 – Revised Evidence Base From the Urgent and Emergency. Care Review. Leeds, UK: NHS England, 2013.
 78. Pillay N, Tisman A, Kent T, Gregson J. The economic burden of minor ailments on the National Health Service (NHS) in the UK. *Self-Care* 2010; 1:105–16.
 79. Taylor JG, Joubert R. Pharmacist-led minor ailment programs: a Canadian perspective. *International Journal of General Medicine.* 2016;9 291–302.
 80. Bednall, R., McRobbie, D., Duncan, J. & Williams, D. 2003, 'Identification of patients attending Accident and Emergency who may be suitable for treatment by a pharmacist', *Family Practice*, vol.20, no. 1, pp. 54-7.
 81. Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Castilla I, Valcárcel Nazco C, García-Pérez L, Linertová R, Serrano-Aguilar P. Valor Monetario de un Año de Vida Ajustado por Calidad: Estimación empírica del coste de oportunidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2015. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
 82. van Eikenhorst L, Salema Nde-E, Anderson C. A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. *Res Social Adm Pharm* 20017;13: 17–38.

IND
ICA+
PRC

anexos

Anexo 1. Codiseño de los protocolos normalizados de trabajo

En el codiseño del proyecto participaron médicos de Atención Primaria, asociaciones de pacientes, farmacéuticos comunitarios y la Consejería de Sanidad durante 6 meses mediante 3 reuniones realizadas:

Fechas: 28/04/2016, 28/06/2016, 22/11/2016.

Asistentes:

Representantes de la Administración Sanitaria, Comunidad Valenciana.

Representantes del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF).

Representantes de la Sociedad Científica de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

Representantes de la Sociedad Científica de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC).

Representantes de Asociaciones de Pacientes (Plataforma de Organizaciones de Pacientes).

Representantes de la Universidad (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, GIAF y de la Universidad Tecnológica de Sídney, UTS).

Como parte de este codiseño se realizaron los “Protocolos de actuación en Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores”⁶⁴ durante 6 meses y 4 reuniones para los 12 síntomas menores incluidos en este proyecto:

Fechas: 13/10/2016, 21/11/2016, 31/01/2017, 20/04/17.

Asistentes:

Expertos del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF).

Expertos de la Sociedad Científica de Farmacéuticos Comunitarios (SEFAC).

Expertos de la Sociedad Científica de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

Expertos de la Sociedad Científica de Médicos de Atención Primaria (SemFYC).

Moderador (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, GIAF).

Anexo 2. Características de los municipios incluidos en el estudio

En las tablas siguientes se detallan las características de los municipios incluidos en el estudio en función de número de habitantes, farmacias y Centros de Salud:

Tabla 36. Distribución de grupos en el estudio piloto

Departamento	Municipio	Nº habitantes	Nº Farmacias	Nº Fticos	Nº CS
Xàtiva-Ontinyent	Ontinyent	8.311	8	17	0
Sagunto	Sagunt	64.439	6	9	1

Nº Fticos: Número de farmacéuticos; Nº CS: Número de Centros de Salud.

Tabla 37. Distribución de grupos en el estudio principal

Departamento	Municipio	Nº habitantes	Nº farmacias	Nº Centros Salud
Arnau de Vilanova - Llúria	Benaguasil	10.967	4	1
	Bétera	22.696	6	1
	L'Eliaana	17.591	6	1
	Vilamarxant	9.223	3	1
Manises	Aldaia	31.246	11	3
	Buñol	9.618	4	1
	Chiva	14.758	5	2
	Godolleta	3.396	1	2
	Manises	30.704	11	3
	Quart de Poblet	24.776	9	1
	Riba-roja de Túria	21.521	7	1
Sagunt	Puçol	19.438	7	1
	Sagunt	64.439	34	6
Xàtiva -Ontinyent	Agullent	2.395	1	1
	Albaida	5.933	2	1
	Aielo de Malferit	4.724	2	1
	Alcudia de Crespins	5.181	2	1
	Benigánim	5.912	2	1
	Bocairent	4.288	2	1
	Canals	13.775	5	2
	L'Ollería	8.311	3	1
	El Palomar	581	1	1
	Ontinyent	8.311	13	3
	Terrateig	296	1	1
	Villanueva de Castellón	7.266	4	1
	Xàtiva	28.973	10	4

Los municipios sombreados en ambas tablas, fueron aquellos incluidos en el grupo intervención. La aleatorización se realizó mediante secuencia de números aleatorios generada de forma automática.

Anexo 3. Compromiso de los profesionales sanitarios participantes (Farmacéutico Comunitario y médico de Atención Primaria)

COMPROMISO DEL FARMACÉUTICO PARTICIPANTE

INDICA+PRO – Proyecto para la evaluación de un Servicio de Indicación Farmacéutica para el tratamiento de Síntomas Menores en el ámbito de la Farmacia Comunitaria.

Código de protocolo y versión: IndicaPRO-2017-v1

Fecha: de de 2017.

Datos del farmacéutico titular	
Nombre:	Apellidos:
Dirección:	Código postal:
Municipio:	Provincia:

Datos de los farmacéuticos investigadores proveedores	
Nombre	Apellidos
Nombre	Apellidos
Nombre	Apellidos

El farmacéutico titular y el/los farmacéutico/s investigador/es participante/s hacen constar que conocen y han leído el protocolo del estudio, aceptan participar en el mismo y manifiestan:

Anteponer el interés del paciente ante cualquier otra consideración, según se desprende de la declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores.

Seguir las instrucciones especificadas en el protocolo de estudio y de conformidad con la normativa aplicable.

Informar a los pacientes de los requerimientos que se les pide para su participación en el estudio y recopilar los consentimientos informados correspondientes.

Comprometerse a que todos los datos recogidos sean reales y mantener en estricta confidencialidad la información recibida directamente o indirectamente, verbalmente o por escrito, así como los resultados del estudio.

Que todo tratamiento de los datos quedará adscrito a lo previsto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

En, a de.....de.....

Firma farmacéutico titular

COMPROMISO DEL MÉDICO PARTICIPANTE

INDICA+PRO – Proyecto para la evaluación de un Servicio de Indicación Farmacéutica para el tratamiento de Síntomas Menores en el ámbito de la Farmacia Comunitaria.

Código de protocolo y versión: IndicaPRO-2017-v1

Fecha: de de 2017.

Datos del médico participante	
Nombre:	Apellidos:
Centro de Salud:	
Dirección:	Municipio:

El médico investigador participante hace constar que conoce y ha leído el protocolo del estudio, acepta participar en el mismo y manifiesta:

Anteponer el interés del paciente ante cualquier otra consideración, según se desprende de la declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores.

Seguir las instrucciones especificadas en el protocolo de estudio y de conformidad con la normativa aplicable.

Informar a los pacientes de los requerimientos que se les pide para su participación en el estudio y recopilar los consentimientos informados correspondientes.

Comprometerse a que todos los datos recogidos sean reales y mantener en estricta confidencialidad la información recibida directamente o indirectamente, verbalmente o por escrito, así como los resultados del estudio.

Que todo tratamiento de los datos quedará adscrito a lo previsto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

En, a de.....de.....

Firma médico participante:

Anexo 4. Consejos para el paciente en el autocuidado de los síntomas menores

Tu farmacéutico puede ayudarte en muchos de estos síntomas

Acidez, dolor de cabeza, congestión nasal, diarrea, dolor de garganta, dolor menstrual, flatulencia, herpes labial, pie de atleta, síndrome catarral/gripal, tos, vómitos.

#tufarmacéuticoatulado

Médico y farmacéutico trabajan coordinados por tu salud

¿Sufres síntomas menores?

**IND
ICA+
PRC**

No esperes, el farmacéutico siempre está disponible para que le consultes





Congestión nasal

**IND
ICA+
PRC**

¿Qué es?

La congestión nasal es la sensación de dificultad del paso de aire a través de las fosas nasales, dificultando la respiración en mayor o menor medida. Puede ser alérgica, no alérgica (por resfriado o gripe) o de otro tipo.

Recomendaciones

- 1 Es importante mantener una alimentación sana y equilibrada, ingiriendo **ABUNDANTES LÍQUIDOS**, que previenen la sequedad de las mucosas de las vías respiratorias.
- 2 Es fundamental realizar **LAVADOS NASALES FRECUENTES** con agua de mar isotónica o con soluciones salinas fisiológicas, que ayudan a eliminar la mucosidad y descongestionan.
- 3 **EVITE EL CONSUMO DE TABACO**, ya que la nicotina y el humo son factores de riesgo.
- 4 **MODERE LA INGESTA DE ALCOHOL**, que produce mayor sequedad de las mucosas.
- 5 Es muy recomendable no permanecer en lugares cerrados o mal ventilados y **ELUDIR LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA**.
- 6 Es aconsejable realizar **VAHOS** de manera periódica, ya que así se ayudará a fluidificar y a expulsar la mucosidad.
- 7 **NO USE DESCONGESTIVOS NASALES DE MANERA CONTINUADA**, ya que puede empeorar el problema de salud produciendo una congestión de rebote. Consulte a su farmacéutico.
- 8 Los antibióticos sólo tendrán efecto en aquellos casos que existan infección causada por bacterias. El médico es el único que podrá indicar su uso.



Síndrome catarral/gripal

INC
ICA+
PRC

¿Qué es?

El resfriado (síndrome catarral) y la gripe (síndrome gripal) son dos enfermedades diferentes del aparato respiratorio provocadas por virus que, aunque tengan síntomas parecidos, se manifiestan de manera diferente:

- La **gripe** aparece con fiebre alta (mayor de 38 - 40°C), dolor muscular, articular y de cabeza intenso, la congestión nasal y los estornudos son muy leves.
- El **resfriado** aparece con fiebre baja, el dolor es un simple malestar, pero la congestión nasal y los estornudos son importantes y molestos.

Recomendaciones

- 1 DEBIDO A QUE AMBAS ENFERMEDADES SON MUY CONTAGIOSAS, extreme las precauciones para evitar su transmisión y no verse afectado o afectar a las personas que le rodean.
- 2 TÁPESE LA BOCA Y LA NARIZ AL TOSER Y ESTORNUDAR y utilice pañuelos desechables cuando aparezcan los estornudos o la tos, para disminuir las secreciones y evitar su posible dispersión.
- 3 LÁVESE LAS MANOS CON FRECUENCIA. Los virus pueden permanecer activos un tiempo limitado en objetos como asientos, instrumentos de cocina, barandillas, etc., y mucho más tiempo en la piel de las personas, por lo que es aconsejable evitar el contacto físico con las personas afectadas.
- 4 SI LLEGA A PADECER GRIPE O RESFRIADO deberá seguir una dieta basada en alimentos líquidos o semisólidos como zumos de frutas, caldos de verdura y pescado, purés y yogur, todos ellos de fácil digestión, lo que facilitará una recuperación más rápida.

- 5 ES CONVENIENTE PERMANECER EN REPOSO (en la gripe es prácticamente obligado) lo más posible en la fase aguda de ambas enfermedades (del primer al tercer día).
- 6 BEBA MUCHO LÍQUIDO Y MANTENGA UNA ATMÓSFERA HÚMEDA. Si tiene gripe esto le ayudará a disminuir la deshidratación (la fiebre primero y la sudoración después provocan pérdida de líquido y sales minerales). En caso de resfriado, los estornudos y la rinorrea provocan sequedad de la nariz, que se verá disminuida si hacemos abundantes vahos.
- 7 ABSTÉNGASE DE FUMAR, BEBER CAFÉ, TÉ O INFUSIONES ESTIMULANTES y procure no beber líquidos con alcohol. El antiguo remedio de tomar ponche o café con coñac no es aconsejable.
- 8 TENGA EN CUENTA QUE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO deberá ser siempre individualizado según los síntomas que presente cada persona y su enfermedad.
- 9 LA GRIPE Y EL RESFRIADO SON ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR VIRUS. Por tanto, el uso de antibióticos no está indicado para tratarlas. Sólo el médico podrá prescribirlos en caso de que existan complicaciones bacterianas.
- 10 ES MUY RECOMENDABLE LA VACUNACIÓN PARA EVITAR LA GRIPE, sobre todo en personas mayores de 65 años, con enfermedades crónicas y en los grupos de riesgo que determinen cada año las autoridades sanitarias.
- 11 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévelo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Tos

INC
ICA+
PRC

¿Qué es?

La tos es un mecanismo del organismo que busca limpiar las vías aéreas de secreciones y cuerpos extraños. Sin embargo, en ocasiones llega a ser irritativa pudiendo ocasionar dolor torácico y abdominal y agotamiento.

La "tos seca" es aquella que no produce flema (moco espeso) y la "tos productiva" es la que produce flema para limpiar las vías respiratorias.

Recomendaciones

- 1 Es importante MANTENER UNA HIDRATACIÓN ADECUADA (beber 1,5-2 litros de líquido diarios) para evitar la tos, ya que previene la sequedad de las mucosas de las vías respiratorias.
- 2 MANTENER UN AMBIENTE HÚMEDO y ventilación adecuada de las habitaciones, evitando ambientes con aire acondicionado.
- 3 EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA.
- 4 EVITAR EL CONSUMO DE TABACO, así como otros factores irritantes (humo y polvo) ya que favorecen la aparición de tos.
- 5 EL USO DE CAMELOS SIN AZÚCAR O PASTILLAS PARA CHUPAR ayuda a aliviar la tos.
- 6 Dormir con la cabeza más alta reduce los ataques de tos por la noche. LEVANTE LAS PATAS DE LA CAMA O EL COLCHÓN EN LA ZONA DE LA CABEZA UNOS QUINCE CENTÍMETROS

aproximadamente. Utilizar almohadas extra no es útil porque pueden moverse durante la noche.

- 7 LOS TRATAMIENTOS DEPENDEN DEL TIPO DE TOS, en una tos seca el objetivo es suprimir el reflejo de la tos, sin embargo, en una tos productiva se pretende "soltar la flema" ayudando a su eliminación mediante tos para limpiar las vías aéreas. Por ello, es importante distinguir el tipo de tos.
- 8 Existen remedios caseros para combatir la tos como los preparados de miel y limón.
- 9 Existen MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PROVOCAR TOS como es el caso de algunos medicamentos para controlar la presión arterial (enalapril, captopril). En caso de sospecha consulte a su farmacéutico.
- 10 SU FARMACÉUTICO PUEDE HACERLE UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS SÍNTOMAS y derivarle al médico en caso necesario.
- 11 La mayoría de los procesos de tos desaparecen en MENOS DE TRES SEMANAS, EN CASO CONTRARIO ACUDA A SU MÉDICO ya que a partir de entonces la tos se considera persistente.
- 12 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévelo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Dolor de cabeza

INC
ICA+
PRC

¿Qué es?

La cefalea es un dolor de cabeza intenso y persistente. Es una experiencia frecuente en la mayoría de las personas. Muchas veces se asocia a otros síntomas generales como la fiebre, molestias faríngeas u otros síntomas de infección general.

Las más frecuentes son la cefalea de tensión (dolor en ambos lados de la cabeza con sensación de presión o cinta, dura entre horas y días) y la migraña (dolor pulsátil, en uno o ambos lados de la cabeza, puede durar días e ir precedida de aura (intolerancia a la luz y al ruido)).

Recomendaciones

- 1 SUGERENCIAS PARA PREVENIR LA APARICIÓN DE DOLOR DE CABEZA:
 - Dormir bien y llevar una dieta saludable.
 - Hacer ejercicio de manera regular (aumente gradualmente el tiempo de ejercicio hasta alcanzar 30 a 60 minutos entre cuatro y seis veces a la semana) y realizar estiramientos de cuello y hombros con frecuencia.
 - Adoptar siempre posturas apropiadas al leer, trabajar o realizar otras actividades.
 - Relajarse utilizando la meditación, la respiración profunda, el yoga u otras técnicas.
 - Dejar de fumar.
 - Evitar el frío si cree que el dolor puede estar relacionado.
 - Utilizar almohadas adecuadas.

- 2 SI USTED PADECE MIGRAÑA, COMPRUEBE SI ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS LE DESENCADENA UNA CRISIS, y en ese caso evite su consumo: chocolates, quesos duros y fermentados, cítricos, plátanos, carnes rojas y carnes procesadas (fiambres, salchichas, beicon, jamón), marisco, vino tinto, cerveza, cacahuets, nueces, alcohol, cafeína, conservantes, colorantes, aromatizantes artificiales, aspartamo y glutamato monosódico.
- 3 PARA REDUCIR EL DOLOR DE UNA CRISIS DE MIGRAÑA SE RECOMIENDA acostarse en cuarto oscuro y donde no haya ruido, colocarse una compresa o trapo frío sobre la frente y masajear el cuero cabelludo haciendo bastante presión, especialmente sobre las sienes.
- 4 PARA ALIVIAR EL DOLOR SI PADECE CEFALEA DE TENSIÓN puede ponerse una bolsa con agua caliente sobre la cabeza o sobre el cuello o darse una ducha con agua caliente, ya que el calor disminuye la tensión muscular. También le ayudará descansar o dormir lo suficiente y alejarse por un tiempo de las cosas que le causan estrés.
- 5 UN USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS TIPO ANALGÉSICO para tratar dolores de cabeza de cualquier tipo puede provocar la denominada cefalea por abuso de analgésicos, que cuando se presenta suele aparecer a diario y es muy difícil de tratar porque no responde al tratamiento. Por tanto, es clave que respete en todo momento las indicaciones que reciba de su médico o de su farmacéutico.
- 6 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévalo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Dolor de garganta

INC
ICA+
PRC

¿Qué es?

Es una molestia, dolor o picazón en la garganta, con frecuencia acompañado de dolor al tragar. Por lo general es leve y suele ir asociado a dolor de cabeza, fiebre y malestar general. Sin tratamiento, los síntomas de dolor de garganta suelen desaparecer en un periodo de 3 días a una semana.

Recomendaciones

- 1 CUANDO EMPIECE A NOTAR DOLOR, BEBA ABUNDANTES LÍQUIDOS. La mucosa debe recuperar su situación inicial mediante una buena hidratación, evitando cítricos muy ácidos, ya que pueden irritar la mucosa inflamada. Pueden añadirse, si se considera necesario, productos que favorezcan y aceleren esa recuperación, rebajen la inflamación o calmen el dolor.
- 2 SU FARMACÉUTICO PUEDE HACERLE UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS SÍNTOMAS, y derivarle al médico en caso de sospecha de infección bacteriana.
- 3 Puesto que HABITUALMENTE SE TRATA DE PROCESOS VÍRICOS, su farmacéutico le recomendará un tratamiento farmacológico basado en antiinflamatorios, analgésicos, anestésicos locales, descongestionantes u otros medicamentos que aliviarán sus síntomas.
- 4 Cumpla escrupulosamente con el tratamiento indicado y, SI NO MEJORA EN UNA SEMANA VISITE A SU MÉDICO.
- 5 ES IMPORTANTE LA LIMPIEZA ADECUADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS, así como la realización de gargarismos con agua y

sal, con preparados específicos o con infusiones. También ayuda chupar preparados bucofaríngeos antisépticos, emolientes, caramelos, etc., y realizar vahos y vaporizaciones.

- 6 Como complemento al tratamiento es recomendable, para que no empeoren los síntomas, que EVITE EL CONTACTO CON SUSTANCIAS IRRITANTES (como el tabaco u otros irritantes químicos: insecticidas o ambientadores); que no consuma bebidas y alimentos muy fríos, muy calientes o muy picantes, y, por último, que no se exponga a corrientes de aire, a ambientes muy fríos, muy secos o muy cargados.
- 7 Para proteger sus garganta ES NECESARIO QUE NO FUERCE LA VOZ, que evite las variaciones bruscas de temperatura, que utilice pañuelos y bufandas y que ventile las habitaciones para evitar ambientes muy cargados.
- 8 EL USO DE UN HUMIDIFICADOR en aquellas habitaciones donde pase más tiempo puede ayudar a MEJORAR EL GRADO DE HUMEDAD DE SU GARGANTA Y EVITAR LA DESHIDRATACIÓN, lo que aliviará el dolor.
- 9 NUNCA TOMA ANTIBIÓTICOS SIN LA CORRESPONDIENTE RECETA MÉDICA. Habitualmente el dolor de garganta está provocado por un virus y, por tanto, para ellos los antibióticos no son útiles ni acortan el problema de salud.
- 10 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévalo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Dolor menstrual

IND
ICA+
PRC

¿Qué es?

Es el dolor pélvico o en la parte baja del vientre que puede irradiar hacia espalda y muslos. Se inicia unas horas antes o al inicio del sangrado menstrual. La gran mayoría de las mujeres en edad reproductiva describen periodos menstruales dolorosos.

Recomendaciones

- 1 CON LA APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SINTOMAS USTED PUEDE ACUDIR A SU FARMACÉUTICO, que identificará los síntomas, descartará criterios de derivación al médico y podrá ofrecerte unas pautas para tratar ese dolor que padece. O bien, si lo considera oportuno, le derivará al médico para que le diagnostique y prescriba el tratamiento más adecuado.
- 2 Es importante recordar que es un PROBLEMA BENIGNO QUE TIENE BUEN PRONÓSTICO.
- 3 LA APLICACIÓN DE CALOR SECO SUAVE (manta eléctrica, parches térmicos) en el bajo vientre ayudan a mejorar los síntomas.
- 4 BUSCAR UNA POSTURA CÓMODA, por ejemplo, tumbada de lado con las piernas dobladas, ya que disminuyen el dolor.

- 5 PRACTICAR DEPORTE REGULARMENTE ayudará a disminuir la sensación de hinchazón y mejora el flujo sanguíneo, aunque durante la menstruación, si los dolores son fuertes, el ejercicio físico debe ser suave como salir a andar o realizar estiramientos.
- 6 Existen productos naturales para combatir el dolor como son las tisanas de plantas relajantes y antiinflamatorias (camomila, manzanilla o canela), aceite de soja ya que es analgésico y antiinflamatorio, aceite de onagra, vitaminas (B1, B6, E), ácidos grasos 3-omega poliinsaturados (se encuentran en el aceite de pescado).
- 7 ES RECOMENDABLE QUE VISITE AL MÉDICO si presentara dolor menstrual asociado a alguno de los siguientes síntomas: vómitos, sospecha de otras causas de dolor, dolor en las relaciones sexuales, o el dolor es invalidante.
- 8 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévelo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Acidez gástrica

IND
ICA+
PRC

¿Qué es?

Los términos "ardor", "calor", "acidez" o "pirosis" expresan una sensación de quemazón en la zona del esternón, acompañado a veces de regurgitación con sabor ácido y ardiente o amargo.

Recomendaciones

- 1 El café, las bebidas alcohólicas, las bebidas carbonatadas, los cítricos, los alimentos condimentados, el chocolate, el tomate y la cebolla son ALIMENTOS QUE PUEDEN DESENCADENAR ACIDEZ GÁSTRICA. Si usted ha identificado alguno de ellos como responsable de su sintoma, INTENTE MINIMIZAR SU CONSUMO.
- 2 DESPUÉS DE COMER NO DEBE REALIZAR EJERCICIOS INTENSOS, ni adoptar posturas como agacharse, pues producen o agravan las molestias.
- 3 TRATE DE NO ACOSTARSE HASTA DESPUÉS DE DOS O TRES HORAS TRAS HABER COMIDO. Acostarse con el estómago lleno hace que su contenido ejerza más presión sobre el esfínter esofágico.
- 4 Las comidas deben ser ligeras, sobre todo la cena. LAS COMIDAS COIOSAS SON CONTRAPRODUCTENTES, MUCHO MÁS SI SON GRASAS, pues son más difíciles de digerir y retrasan la digestión.
- 5 Dormir con la cabeza más alta que el estómago reduce la posibilidad de que los alimentos digeridos se devuelvan al esófago. LEVANTE LAS PATAS DE LA CAMA O EL COLCHÓN EN LA ZONA DE LA CABEZA UNOS QUINCE CENTÍMETROS aproximadamente. Utilizar almohadas extra no es útil porque usted se puede salir de las almohadas durante la noche.

- 6 SI TIENE SOBREPESO ES CONVENIENTE QUE ADELGACE. El exceso de peso aumenta la presión abdominal, fomentando el retorno de los alimentos hacia el esófago.
- 7 PROCURE NO USAR PRENDAS AJUSTADAS O CINTURONES APRETADOS ALREDEDOR DE LA CINTURA, ya que éstos aprietan el estómago y pueden forzar el retorno de los alimentos.
- 8 EVITE FUMAR. ESTE HÁBITO POCO SALUDABLE PUEDE AUMENTAR LA SECRECIÓN DE ÁCIDO y reducir la producción de saliva, que ayuda a neutralizar el ácido. Además, las sustancias químicas que contiene el humo del cigarrillo debilitan el esfínter esofágico inferior.
- 9 LAS SITUACIONES DE ESTRÉS FÍSICO Y/O EMOCIONAL PUEDEN AUMENTAR LOS SINTOMAS de la acidez. Si es posible, realice ejercicios de relajación.
- 10 La mayoría de las personas padece problemas de pirosis ocasionalmente, y otras los sufren día a día. Al cuidar la dieta y otros hábitos suelen calmarse o eliminarse casi todas las molestias, pero si éstas persisten CONSULTE A SU FARMACÉUTICO, PUES HAY MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AYUDARLE. Si aún así no mejora en siete días, deberá consultar a su médico.
- 11 Es necesario CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévelo con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Flatulencia

INCA+
PRC

¿Qué es?

La flatulencia es la hinchazón abdominal por aire o gases.

El meteorismo es la eliminación de gases por el ano mediante ventosidades para disminuir la hinchazón abdominal que esos gases producen.

Recomendaciones

- 1 En gran cantidad de los casos estas molestias se deben a una **INGESTIÓN DEMASIADO RÁPIDA DE LOS ALIMENTOS**, al **ESTRÉS NERVIOSO** que altera la motilidad intestinal (por lo que no se hace una correcta digestión) o al **CONSUMO DE ALIMENTOS FLATULENTOS**.
- 2 Estos problemas son **GENERALMENTE PRODUCIDOS POR UNOS HÁBITOS DIETÉTICOS ERRÓNEOS**, por ello, a menudo basta con hacer una serie de cambios en la dieta para aliviar el problema (ver la tabla de recomendaciones dietéticas).
- 3 Es importante **INTENTAR DISMINUIR LA CANTIDAD DE AIRE QUE SE TRAGA**, para ello es necesario evitar comer grandes cantidades de comida o demasiado deprisa, masticando y ensalivando bien los alimentos antes de ser tragados, evitar fumar, mascar chicle o consumir caramelos.
- 4 **EVITAR LA POSICIÓN RECOSTADA DESPUÉS DE LAS COMIDAS**, dejar un tiempo para hacer la digestión e incluso pasear un poco.
- 5 **REPARTIR LAS COMIDAS DURANTE EL DÍA**, cinco es lo recomendable, ya que los periodos prolongados en ayunas facilitan la formación de gases.

- 6 **EVITAR EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO**, ya que puede facilitar la acumulación de gases intestinales.
- 7 **BEBER POCOA CANTIDAD DE LÍQUIDO DURANTE LAS COMIDAS**, siempre sin gas y sin utilizar dispositivos para su ingestión (porrón, bota, botijo o pajitas para chupar), así como no beber directamente de latas ni botellas.
- 8 **EVITAR EL USO DE PRENDAS DE VESTIR AJUSTADAS**.

Recomendaciones dietéticas

Limitar en la dieta	Disminuir	Tomar libremente
Patatas	Leche (1 vaso/día)	Carne: vaca, ternera, pollo, pavo, cordero
Habas	Derivados lácteos (excepto yogurt y queso fresco)	Pescado
Rábanos	Azúcar y alimentos azucarados (usar sacarina o ciclamato)	Cocinar carne y pescado asado y/o cocido (evitar fritos y rebozados)
Legumbres	Menestra o panaché de verduras: 1/semana	Huevos: escalfados, pasados por agua, duros o en tortilla
Coliflor	Pan: 150 gr/día	Ensaladas de tomate (sin piel), lechuga, apio, endibia.
Cebolla	Pasta (sin tomate y con queso): 1/semana	Condimento: aceite de oliva o soja
Arroz	Tomar únicamente frutas maduras y peladas	
Coles de Bruselas		
Aceitunas		
Guisantes		
Repollo		
Sopas		

* Protocolos de Alergología. Flatulencia. Encabo B, Fernández J, Garrido M, Grao L, Gurrubergo A, Rodríguez E, Salzano L, Sampedro M. Farmacia profesional.

Diarrea

INCA+
PRC

¿Qué es?

La diarrea es la alteración de la evacuación del intestino que da lugar a unas heces más blandas, más frecuentes y de mayor peso. Esto se debe a que el intestino absorbe menos líquidos o elimina más. Suele tener corta duración (uno ó dos días) e ir acompañada de dolor abdominal, siendo la deshidratación la complicación más frecuente.

Recomendaciones

- 1 Para **EVITAR UN POSIBLE CONTAGIO**, es necesario lavar con frecuencia las manos con agua y jabón (especialmente tras ir al baño y antes de las comidas) y evitar que los niños se lleven objetos a la boca.
- 2 En la mayoría de casos el tratamiento consistirá en el **USO DE MEDIDAS DE REHIDRATACIÓN** y sólo en situaciones muy extremas se recurrirá al empleo de fármacos. **NO UTILICE ANTIBIÓTICOS NI MEDICAMENTOS** para disminuir el movimiento intestinal (principalmente loperamida) sin la recomendación de su farmacéutico o médico ya que pueden provocar resistencias o reducir la capacidad defensiva del organismo.
- 3 **EN LAS PRIMERAS HORAS DE UNA DIARREA** evite ingerir alimentos sólidos y tome solo soluciones de rehidratación oral en pequeñas cantidades y de forma continua. Estas soluciones disponibles en su farmacia van a reemplazar los líquidos, sales y minerales perdidos.
- 4 **EN CASO DE UTILIZAR LAS SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN EN POLVO**, se recomienda prepararlas con un litro de agua potable por sobre utilizado. No use agua hervida, ni añada azúcar para endulzarla, conserve la solución en el frigorífico y deséchela veinticuatro horas después de su preparación. Cuando se beba deberá procurar que no estén muy frías ya que eso puede aumentar la motilidad intestinal.

- 5 **EVITE UTILIZAR COMO SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN** remedios como refrescos de cola o bebidas energéticas ya que el aporte de minerales es muy limitado respecto a las necesidades del organismo.
- 6 **CUANDO VAYA REINTRODUciendo LA ALIMENTACIÓN** tenga en cuenta que las comidas deberán ser frecuentes, pero poco copiosas. Es aconsejable masticar bien los alimentos o que éstos estén triturados para facilitar la digestión, deberá tomarlos a temperatura templada.

"Dieta blanda": tiene como objetivos facilitar la digestión y evitar la secreción de ácidos del estómago. Alimentos que incluye:

- Cereales y féculas (pasta, pan blanco, tostado o seco, arroz blanco cocido, papillas de cereales, galletas mana, patatas hervidas, al vapor o en puré).
- Carnes (pollo, pavo y ternera a la plancha, el hervido o al horno y fambres como el jamón de york) y pescados (pescado blanco a la plancha, el hervido o al horno).
- Huevos (pasados por agua, escalfados o en tortilla francesa).
- Lácteos (leche preferiblemente desnatada, yogur natural, requesón y queso fresco).
- Verduras (cocidas, en puré o en caldos). Se evitarán las hortalizas formadoras de gas (brocoli, coliflor, coles, cebollas) y el tomate.
- Frutas (compotas o cocidas). Evitar la fruta cruda, salvo plátanos maduros y frutas no ácidas maduras.
- Legumbres (pequeñas cantidades en puré y sin piel).
- Grasas (pequeñas cantidades de aceite de oliva, mantequilla o margarina).
- Bebidas (agua, la leche desnatada, las infusiones a excepción del té y los zumos como el de melocotón).

* Información extraída de "CMED, Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas"

Vómitos

¿Qué es?

El vómito es la expulsión brusca, repentina y forzada del contenido del estómago y de las primeras porciones del intestino por la boca. Suele estar precedido por náuseas y molestias abdominales y las causas por las que se provocan son muy numerosas.

Recomendaciones

- 1 Una de las causas de vómito es la GASTROENTERITIS, las principales medidas para PREVENIR SU CONTAGIO son: lavado de manos (sobre todo dedos y uñas) de niños y adultos, así como evitar el contacto de niños sanos con enfermos mientras duren los vómitos.
- 2 En la mayoría de casos el tratamiento consistirá en el USO DE MEDIDAS DE REHIDRATACIÓN y sólo en situaciones muy extremas se recurrirá al empleo de fármacos. NO UTILICE MEDICAMENTOS sin la recomendación de su farmacéutico o médico.
- 3 EN LAS PRIMERAS HORAS evite ingerir alimentos sólidos y tome solo soluciones de rehidratación oral en pequeñas cantidades y de forma continua. Estas soluciones disponibles en su farmacia van a reemplazar los líquidos, sales y minerales perdidos.
- 4 EN CASO DE UTILIZAR LAS SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN EN POLVO, se recomienda prepararlas con un litro de agua potable por sobre utilizado. No use agua hervida, ni añada azúcar para endulzarla, conserve la solución en el frigorífico y deséchela veinticuatro horas después de su preparación. Cuando se beba deberá procurar que no estén muy frías ya que eso puede aumentar la motilidad intestinal.

- 5 EVITE UTILIZAR COMO SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN remedios como refrescos de cola o bebidas energéticas ya que el aporte de minerales es muy limitado respecto a las necesidades del organismo.
- 6 CUANDO VAYA REINTRODUCIENDO LA ALIMENTACIÓN tenga en cuenta que las comidas deberán ser frecuentes, pero poco copiosas. Es aconsejable masticar bien los alimentos o que éstos estén triturados para facilitar la digestión, deberá tomarlos a temperatura templada.

*Dieta blanda: tiene como objetivos facilitar la digestión y evitar la secreción de ácidos del estómago. Alimentos que incluye:

- Cereales y féculas (pasta, pan blanco, tostado o seco, arroz blanco cocido, papillas de cereales, galletas maria, patatas hervidas, al vapor o en puré).
- Carnes (pollo, pavo y ternera a la plancha, el hervido o al horno y fiambres como el jamón de york) y pescados (pescado blanco a la plancha, el hervido o al horno).
- Huevos (pasados por agua, escalfados o en tortilla francesa).
- Lácteos (leche preferiblemente desnatada, yogur natural, requesón y queso fresco).
- Verduras (cocidas, en puré o en caldo). Se evitan las hortalizas formadoras de gas (broccoli, coliflor, coles, cebollas) y el tomate.
- Frutas (compotas o cocidas). Evitar la fruta cruda, salvo plátanos maduros y frutas no ácidas maduras.
- Legumbres (pequeñas cantidades en puré y sin piel).
- Grasas (pequeñas cantidades de aceite de oliva, mantequilla o margarina).
- Bebidas (agua, la leche desnatada, las infusiones a excepción del té y los zumos como el de melocotón).

*Información extraída de "CMED, Centro Médico Quirúrgico de Enfermedades Digestivas"

Herpes labial

¿Qué es?

También conocido como "calentura", es una afección que se caracteriza por la aparición en la piel de los labios, o alrededor de ellos, de pequeñas ampollas enrojecidas generalmente dolorosas. Contienen un líquido amarillento y acaban rompiéndose, secándose y formando costras amarillas que al caer dejan ver el aspecto rosado de la piel. Suelen ir acompañadas de picor intenso y hormigueo.

Se trata de una infección causada por el virus del herpes simple (VHS) que normalmente se adquiere desde la infancia, quedando inactivo en el organismo y pudiendo reactivarse por diferentes motivos.

Recomendaciones

- 1 EVITAR COMPARTIR OBJETOS QUE HAYAN ESTADO EN CONTACTO CON EL VIRUS, principalmente cuando la infección está activa (vasos, cubiertos, cuchillas de afeitar, toallas, etc.) ya que es un virus muy contagioso que SE TRANSMITE POR CONTACTO FÍSICO CON LA SALIVA Y LAS LESIONES.
- 2 EVITAR LOS FACTORES QUE PUEDAN CAUSAR LA ACTIVACIÓN DEL VIRUS (Los desencadenantes varían según la persona, pero entre ellos se encuentran exposición al sol, estrés, fatiga, infecciones con fiebre, periodos menstruales y la costumbre de morderse los labios repetidamente), especialmente utilizar protectores solares adecuados (SPF 15 o mayor) y no morderse los labios.

- 3 EVITAR TOCAR LAS LESIONES a excepción del momento de aplicación de la crema, lavar las manos antes y después de la aplicación.
- 4 Realizar GÁRGARAS CON AGUA FRÍA O AGUA SALADA para ayudar a aliviar el dolor.
- 5 EVITAR LAS BEBIDAS CALIENTES, LOS ALIMENTOS PICANTES O SALADOS Y LOS CÍTRICOS.
- 6 UTILIZAR PARCHES QUE AISLAN LA LESIÓN mediante la creación de una barrera para controlar los síntomas y favorecer su curación. Además, aumentan la hidratación de la zona disminuyendo el picor y escozor, previenen la formación de costras y cicatrices, y dificultan el contagio y la propagación del virus.
- 7 Evitar caricias, besos y sexo oral hasta que la lesión no haya curado completamente.
- 8 Cumpla escrupulosamente con el tratamiento indicado. SI NO MEJORA EN DIEZ O CATORCE DÍAS, VISITE A SU MÉDICO, tanto en presencia como en ausencia de tratamiento.
- 9 En caso de LESIONES EN ZONAS DIFERENTES A LOS LABIOS, acuda directamente a su médico.



Pie de atleta

INC
ICA+
PRC

¿Qué es?

El pie de atleta es una infección en los pies provocada por hongos que aparece normalmente entre los dedos de los pies. Suele aparecer sin síntomas, aunque puede presentar enrojecimiento de la piel, humedad, descamación, formación de ampollas, picor o dolor.

¿Cómo se contagia? Se suele transmitir por caminar descalzo sobre suelo contaminado. Las causas más frecuentes son: clima húmedo y cálido, calzado cerrado, sudoración excesiva, pies húmedos durante tiempo excesivo, existencia de lesión menor en uñas o pie.

Recomendaciones

- 1 En general el problema **NO MEJORA POR SÍ MISMO**, siendo necesario aplicar tratamiento antifúngico, disponible en su farmacia.
- 2 La medida más importante para **PREVENIR LA INFECCIÓN** es evitar los factores predisponentes que facilitan el desarrollo y el crecimiento de las colonias de hongos.
- 3 Es recomendable mantener una **BUENA HIGIENE PERSONAL**, secando bien los pies tras el lavado, especialmente la zona entre los dedos.
- 4 **EL USO DE CALCETINES TRANSPIRABLES y CALZADO AMPLIO DE MATERIALES NATURALES** como piel permite "respirar" al pie.
- 5 **EVITAR ANDAR DESCALZO** en zonas públicas, principalmente duchas y vestuarios.
- 6 **EVITE COMPARTIR TOALLAS, CALCETINES O CALZADO** con otras personas. Asegúrese de lavar las toallas con regularidad.
- 7 El tratamiento antifúngico puede ser crema, líquido, spray o polvo y debe ser **APLICADO DIRECTAMENTE SOBRE LA PIEL AFECTADA Y SU ALREDEDOR**. Limpie y seque previamente la zona y lávese las manos tras la aplicación.
- 8 Cumpla escrupulosamente con el tratamiento indicado, no debe dejar de utilizar el tratamiento aunque desaparezcan los síntomas. Siga las instrucciones recomendadas para asegurarse de que la infección por el hongo desaparece completamente.
- 9 **SI NO MEJORA EN TRES O CUATRO SEMANAS, VISITE A SU MÉDICO**.
SU FARMACEÚTICO PUEDE HACERLE UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS SÍNTOMAS, y derivarle al médico en caso necesario.
- 10 Es necesario **CONSERVAR EL MEDICAMENTO EN SU ENVASE ORIGINAL Y CON EL PROSPECTO**, así podrá consultar en todo momento la fecha de caducidad y la dosis adecuada de medicamento que debe tomar. Si al finalizar el tratamiento le sobran dosis no lo almacene, llévele con su caja y prospecto al PUNTO SIGRE.

Anexo 5. Hoja de información al paciente

INDICA+PRO: Proyecto para la evaluación de un Servicio de Indicación Farmacéutica en el ámbito de la Farmacia Comunitaria.

Código del Proyecto: IndicaPRO-2017-v1

Este estudio lo llevará a cabo el farmacéutico/médico:

Objetivos del Proyecto: Evaluar el servicio protocolizado prestado por el farmacéutico ante su demanda sobre el remedio más adecuado para un problema de salud o la demanda de un medicamento concreto, en comparación con la atención habitual en farmacia y consulta del médico de atención primaria. Para ello se realizará una entrevista telefónica posterior para saber el resultado de su problema de salud.

Procedimientos: Si desea participar, usted:

Tendrá una entrevista en el momento de la consulta y otra telefónica en los 10 días posteriores.

En la entrevista durante la consulta, contestará a algunas preguntas sobre su medicación, historia clínica relacionada con el problema de salud consultado o el medicamento demandado.

En la entrevista telefónica posterior contestará a algunas preguntas sobre el resultado del servicio recibido en la farmacia y/o el Centro de Salud.

Beneficios: Permite el seguimiento del problema de salud tratado.

Riesgos: Solamente tendrá que contestar a las preguntas que le realice el farmacéutico/médico/investigador, por lo que su participación no tiene riesgos.

Información sobre los resultados del estudio: Sabiendo que no se facilitará ningún dato que le identifique o pueda llegar a identificarle, los resultados de la investigación, conforme normativa vigente, se harán públicos mediante su difusión y posterior publicación en prensa científica.

Confidencialidad: Toda la información obtenida en este Proyecto es confidencial y será estrictamente utilizada para fines de investigación. Sus datos personales serán protegidos e incluidos en un repositorio del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia sometido a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, así mismo podrá solicitar en todo momento la información y resultados obtenidos de esta investigación relacionada con su persona.

Su participación en el Proyecto es totalmente voluntaria, siendo usted libre para renunciar a seguir o no en la investigación en cualquier momento sin afectarle o poner en riesgo su asistencia farmacéutica/médica.

El farmacéutico/médico _____ le ha comentado toda esa información poniéndose a su disposición para contestar a cualquier duda que tenga, siendo su teléfono _____.

Anexo 6. Consentimiento informado del paciente

INDICA+PRO: Proyecto para la evaluación de un Servicio de Indicación Farmacéutica en el ámbito de la Farmacia Comunitaria.

Código del Proyecto: IndicaPRO-2017-v1

Yo..... (Nombre y apellidos del paciente) con
DNI..... y número de teléfono.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el Proyecto.

He recibido suficiente información sobre el Proyecto.

He hablado con..... (Nombre y apellidos del farmacéutico/médico)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del Proyecto:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y/o farmacéuticos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información. He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un repositorio que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Firma del paciente:

Firma del farmacéutico/médico:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el farmacéutico/investigador y otra el paciente.

Anexo 7. Cuaderno de recogida de datos en la Farmacia Comunitaria

En el caso del grupo de farmacia intervención, con el ejemplo de cefalea como síntoma menor consultado, el registro era el siguiente:

DOCUMENTOS DEL ESTUDIO

Registro de paciente. Nuevo síntoma menor en CEFALEA
¡Recuerda! Evaluar los síntomas del paciente antes de realizar cualquier intervención.
Para más información sobre el Síntoma Menor (SM) y sus causas más frecuentes pincha en las **crucetas verdes**.

+ CEFALEA: ¿Qué es?
+ Causas más frecuentes

Farmacéutico *

(Indica quién eres)

Fecha de registro * Hora del registro *
 :

Datos del paciente

DNI * Nombre y apellidos del paciente * Tipo de consulta: *

¿El paciente es menor de 16 años? * Sexo del paciente * Número de días con el SM (síntoma menor) * ¿Es la primera vez que padece el SM? *

SÍ Mujer SÍ
 NO Hombre NO

El farmacéutico elegía al inicio del servicio si la consulta se debía a una demanda de medicamento o a una consulta por síntoma menor.

Medicamento para el SM. ¡Recuerda! Evaluar las acciones llevadas a cabo por el paciente para solucionar el SM antes de realizar cualquier intervención.

¿El paciente esta tomando ya algún medicamento para el SM? *

SÍ
 NO

Medicamento 1 Posología Cada cuánto Duración
 días

Añadir medicamento

¿Toma algún otro medicamento no detallado en la lista anterior? *

SÍ
 NO

Otros problemas de salud/tratamientos del paciente.

¡Recuerda! Evaluar las patologías y tratamientos actuales del paciente antes de realizar cualquier intervención.

¿El paciente toma medicación para otro/s problema/s de salud? *

- SÍ
 NO

Numero de medicamentos* *

medicamentos

Criterios de derivación (observar los criterios y marcar "SÍ" o "NO").

- SÍ
 NO existen criterios de derivación

Edad

- < 2 años
 > 75 años con patologías asociadas

Síntomas



- Cefalea de comienzo súbito, especialmente en pacientes > 50 años
 Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente
 Localización unilateral
 Manifestaciones acompañantes
 Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
 Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio de postura
 Cefalea que despierta al paciente por la noche
 Cefalea refractaria al tratamiento
 Otro

Duración de los síntomas

- Inicio brusco
 > 4-5 días

Enfermedad y/o medicamentos



- Hipersensibilidad (alergia a salicilatos y AINE)
 Pacientes anticoagulados
 Sospecha de reacción adversa del uso de medicamentos

Situaciones especiales

- Intoxicación por monóxido de carbono
 Antecedentes de tumor
 Traumatismo craneoencefálico
 Inmunodepresión

En el caso del grupo control, el registro de los criterios de derivación se realizaba en un cuadro de texto sin mostrarle los criterios consensuados en cada caso.

Actuación profesional

Derivación al médico:

Sí

No

No acepta derivación

Al finalizar el registro de datos podrás generar el informe de derivación.

Ámbito de derivación: *

Centro de salud

Servicio de urgencias hospitalarias

Tratamiento farmacológico. Ver PDF  tablas Tratamiento Farmacológico.

Entrega de medicamento

No entrega medicamento

Medicamento consulta sobre síntoma menor

Medicamento 1 * Posología * Cada cuánto * En qué momento * Duración * días

Añadir medicamento

Si la consulta se debía a una automedicación, el apartado que recogía la actuación del farmacéutico respecto al tratamiento farmacológico era el siguiente, en función de que se indicase el medicamento demandado:

Tratamiento farmacológico. Ver PDF  tablas Tratamiento Farmacológico.

Entrega de medicamento

No entrega de medicamento

Medicamento demandado

Medicamento diferente del demandado

Elección correcta del paciente

El paciente rechaza recomendación del farmacéutico

Medicamento Demandado para Autocuidado

Marcar si se entrega en las opciones.

¿Entrega med. 1? Sí No

Medicamento 1 Campo conectado a BOT PLUS Posología Cada cuánto En qué momento

Duración días

U otro tratamiento diferente:

Tratamiento farmacológico. [Ver PDF](#)  [tablas Tratamiento Farmacológico.](#)

Entrega de medicamento Medicamento demandado
 No entrega de medicamento Medicamento diferente del demandado

Razón: *
- Seleccionar -

Medicamento diferente del demandado

Medicamento 1 * Posología * Cada cuánto * En qué momento * Duración *

- selecciona - - selecciona - - selecciona - días

Añadir medicamento

Finalmente se registraba el tratamiento no farmacológico y los datos para la posterior entrevista telefónica al paciente y éste realizaba el cuestionario EuroQol 5D-5L.

Tratamiento no farmacológico

Se recomiendan medidas higiénico-dietéticas
 No se recomiendan medidas higiénico-dietéticas
 Otro...

Teléfono móvil * Día de consulta telefónica * Horario de llamada *

 12 Mar 2019 Hora 00

Anexo 8. Cuaderno de recogida de datos en el Centro de Salud

En el momento de la consulta, el médico de Atención Primaria o Atención Continuada rellenaba el siguiente registro:

1. Fecha del registro: / /

2. ¿Quién consulta? Paciente Cuidador

3. Tipo de SM (Síntoma Menor) consultado (marcar)

<u>Respiratorios</u>	<u>Dolor moderado</u>	<u>Digestivos</u>	<u>Dermatológicos</u>
<input type="radio"/> Congestión nasal	<input type="radio"/> Cefalea	<input type="radio"/> Acidez/Pirosis	<input type="radio"/> Herpes labial
<input type="radio"/> Sínd. Catarral/Gripal	<input type="radio"/> Dismenorrea	<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/> Pie Atleta
<input type="radio"/> Tos	<input type="radio"/> Dolor garganta	<input type="radio"/> Flatulencia	
		<input type="radio"/> Vómitos	

4. Número de días con el SM: ____

5. ¿Cree que el SM consultado podía haber sido tratado en la farmacia? Sí No

6. Resultado de la consulta:

Prescripción. Tipo de medicación prescrita:

	Principio Activo	Posología	Duración tratamiento
1. Medicamento			
2. Medicamento			
3. Medicamento			

No prescripción

7. Teléfono paciente (para consulta posterior): _____

8. Duración de la consulta: ____ minutos

9. Tipo de consulta:

Consulta Atención Primaria

Consulta Atención Continuada

10. Número de consultas/día:

El mismo día de la consulta en el Centro de Salud y para completar el registro del médico, el grupo investigador realizaba una llamada la siguiente entrevista al paciente a través de llamada telefónica:

1. DNI paciente:

2. ¿Quién consulta? Paciente Cuidador

3. ¿Es la 1ª vez que padece el SM? Sí No

4. ¿Ha consultado antes por el SM?:

- Sí → Farmacia Derivado de Farmacia Consulta médica
 No

5. Tipo de consulta:

Consulta Atención Primaria

5.1. Días transcurridos desde que solicitó la consulta:

5.2. Tiempo de espera para consulta (minutos, desde la hora citada hasta la consulta):

5.3. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por haber obtenido la consulta con su médico en el mismo día que la solicitó?: 0€ 0-15€ 15-30€ 30-45€ +45€

Consulta Atención Continuada

5.4. Razón por la que acudió a Atención Continuada: _____

5.5. Tiempo de espera para consulta (minutos, desde que llegó hasta la consulta):

5.6. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por haber obtenido la consulta con su médico en el mismo día que la solicitó?: 0€ 0-15€ 15-30€ 30-45€ +45€

6. Sexo del paciente: Hombre Mujer

7. Edad del paciente: ____ años

8. Día de consulta telefónica: / /

9. Horario de llamada: _____

No olvide completar el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D-5L

Anexo 9. Cuaderno de recogida mediante entrevista telefónica 10 días después de la consulta en Farmacia Comunitaria y Centro de Salud

1. Fecha del registro: / /

2. Nombre y Apellidos (Paciente): _____

3. DNI: _____

4. Tipo de SM: _____

5. **Ámbito de la consulta:**

Médico/Farmacia sin derivación

¿Tuvo que realizar otra consulta posterior por el mismo SM?	○ Sí	Número de consultas posteriores por el mismo SM					
		Ámbito de consulta		○ Farmacia ○ Médico AP		○ Médico AC ○ Servicio de urgencias	
		Resultado consulta	○ Con prescripción	Principio activo/ Marca	Dosis	Posología	Duración
				1			
				2			
				3			
4							
○ Sin prescripción							
○ No							
Percepción de mejoría del SM (1=Ninguna mejoría, 5=Completamente resuelto)							
Días transcurridos hasta completa resolución (si percepción de mejoría = 5)							

Farmacia con derivación

¿Acudió a su CS?	○ Sí. Resultado	○ Con prescripción	p.a/ Marca	Dosis	Posología	Duración
			1			
			2			
			3			
			4			
	○ Sin prescripción					
○ No. ¿Tuvo que realizar otra consulta posterior en farmacia por el mismo SM?		○ Sí		Número de consultas		
○ No						
Percepción de mejoría del SM (1=Ninguna mejoría, 5=Completamente resuelto)						
Días transcurridos hasta completa resolución (si percepción de mejoría = 5)						

6. Satisfacción tras la consulta realizada en la farmacia y en el Centro de Salud (1=Nada Satisfecho, 5=Completamente satisfecho): __

7. Para las consultas en farmacia, ¿estaría **dispuesto a utilizar la farmacia** como lugar de tratamiento del mismo problema de salud en el futuro? Sí No

8. Tipo de Asistencia Sanitaria:

Seguridad social Seguro Privado Seguridad social y seguro privado No sabe

9. Nivel de estudios:

Sin estudios Estudios universitarios Estudios medios (Secundaria y Formación Profesional)
 Graduado escolar No sabe

10. Situación laboral:

Trabajador Desempleado Trabajo domestico Jubilado/pensionista
 Estudiante no remunerado Otra situación

No olvide completar el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D-5L

Anexo 10. Definición operacional de las variables

Caracterización Muestra

Variable	Definición	Categorías	Obtención de datos
Género.	Género del paciente	Hombre Mujer	1
Edad.	Años cumplidos por el paciente en el momento de la consulta.	-	
Asistencia Sanitaria.	Tipo de asistencia sanitaria en función de sus características pública o privada	Pública Mixta Privada No sabe	2
Nivel de educación.	Máximo nivel de educación finalizado por el paciente	Sin estudio Graduado escolar Estudios medios* Estudios Universitarios No sabe	
Situación laboral.	Situación laboral del paciente en el momento de la entrevista	Desempleado Doméstico Estudiante Jubilado Trabajador Otra	
Tipo de SM	SM motivo de la consulta	Congestión nasal Síndrome catarral y gripal Tos Cefalea Dismenorrea Dolor garganta Acidez Diarrea Flatulencia Vómitos Herpes labial Pie atleta	1
Duración del SM	¿Cuántos días lleva el paciente con el SM motivo de la consulta?	-	
Primera vez que padece el SM	¿Es la primera vez que el paciente sufre el síntoma menor motivo de la consulta?	Sí No	
SM ya tratado	¿Está siendo ya tratado con algún medicamento el síntoma menor motivo de la consulta?	Sí No	
Tipo de consulta	Tipo de consulta atendida	Consulta sobre SM Demanda de medicamento para autocuidado AC AP	
Grupo	Grupo al que pertenece el profesional sanitario	Farmacia control Farmacia intervención Centro de Salud	
Otros PS del paciente	¿El paciente presenta algún PS diferente del síntoma menor consultado?	Sí No	1
Medicamentos para otros PS	Número de medicamentos que el paciente toma para otros PS diferentes del SM consultado	-	

AC: Atención Continuada; AP: Atención Primaria; PS: Problema de salud; SM: Síntoma menor;* Secundaria y Formación Profesional; 1. Obtenido mediante pregunta directa al paciente por el farmacéutico durante la prestación del servicio en la farmacia o por un miembro del equipo investigador mediante consulta telefónica el día de la consulta en el Centro de Salud; 2. Obtenido por un miembro del equipo investigador mediante consulta telefónica a los 10 días del servicio en la farmacia y la consulta del médico en el Centro de Salud;

Impacto clínico

Variable	Definición	Categorías	Obtención de datos
Mejoría del SM	Mejoría del síntoma menor en el momento de la llamada al paciente	1 = Ninguna mejoría 5 = Completamente resuelto (obtiene valores enteros o medios)	2
Días para mejoría del SM	Días transcurridos desde la consulta hasta completa mejoría (solo en el caso en que mejoría =5)		
Consulta posterior por el mismo SM	¿Tuvo el paciente una consulta posterior en cualquier ámbito (farmacia, Centro de Salud, urgencias) por el mismo síntoma menor?	Sí No	
Nº consultas posteriores por el mismo SM	Número de visitas posteriores en cualquier ámbito (farmacia, Centro de Salud, urgencias) por el mismo SM		
Ámbito de la consulta posterior por el mismo SM	Ámbito de la/s consulta/s posteriores realizadas por el mismo síntoma menor	Médico AP Médico AC Servicio Urgencias Farmacia > 1 consulta	
Prescripción	¿Existió prescripción/indicación en la consulta posterior realizada por el mismo síntoma menor?	Sí No	
Criterios de derivación	¿Existen criterios de derivación al médico?	Sí No	
Derivación	¿Existe derivación del paciente al médico?	Sí No No acepta derivación	
Ámbito de derivación	Profesional sanitario al que es derivado el paciente	Centro de Salud Servicio de urgencias	
Tratamiento farmacológico	Indicación de tratamiento farmacológico al paciente por parte del farmacéutico	Indicación de medicamento No indicación medicamento	
Dispensación de medicamento demandado	Intervención del farmacéutico tras el tipo de consulta "Demanda de medicamento para autocuidado"	Medicamento demandado Medicamento diferente del demandado	
Razón de dispensación de otro tratamiento	Motivo por el que el farmacéutico, en su intervención, modifica el tratamiento demandado por el paciente	Indicación incorrecta Existe contraindicación Dosis incorrecta Existe interacción Duplicidad Forma farmacéutica inadecuada Probabilidad de efecto adverso Otro (cualquier texto diferente de lo anterior entraría en esta categoría)	

AC: Atención Continuada; AP: Atención Primaria; PS: Problema de salud; SM: Síntoma menor; 2. Obtenido por un miembro del equipo investigador mediante consulta telefónica a los 10 días del servicio en la farmacia y la consulta del médico en el Centro de Salud. 3. Obtenido mediante los registros completados por el farmacéutico participante en la farmacia durante la prestación del servicio.

Impacto clínico (Continuación)

Variable	Definición	Categorías	Obtención de datos
Razón de indicación de medicamento demandado	Motivo por el que el farmacéutico, en su intervención, dispensa el tratamiento demandado por el paciente	Elección correcta del paciente El paciente rechaza recomendación del farmacéutico	3
Tratamiento no farmacológico	Tras la evaluación de la consulta, recomendación de tratamiento no farmacológico del farmacéutico al paciente	No se recomiendan medidas higiénico-dietéticas Se recomiendan medidas higiénico-dietéticas Se recomienda un producto sanitario	
Medicamentos demandados	Medicamentos demandados por el paciente en la consulta, en el tipo de consulta "Demanda de medicamento para autocuidado"		
Medicamentos tratando el SM	Medicamentos que está utilizando el paciente para tratar el síntoma menor motivo de la consulta, en el momento de la consulta		
Medicamentos dispensados	Medicamentos dispensados por el farmacéutico al paciente para tratar el síntoma menor motivo de la consulta		

AC: Atención Continuada; AP: Atención Primaria; PS: Problema de salud; SM: Síntoma menor; 2. Obtenido por un miembro del equipo investigador mediante consulta telefónica a los 10 días del servicio en la farmacia y la consulta del médico en el Centro de Salud. 3. Obtenido mediante los registros completados por el farmacéutico participante en la farmacia durante la prestación del servicio.

Impacto humanístico

Variable	Definición	Categorías	Obtención de datos
EuroQuol 5D-5L inicial y final	Cuestionario Euro-Quol 5D-5L 5 preguntas cerradas	0 = No tiene problema 1 = Tiene problema leve 2 = Tiene problema moderado 3 = Tiene problema grave 4 = No puede	4
EQ-VAS inicial y final	Cuestionario Euro-Quol 5D-5L Escala de 0 a 100	0 a 100	
Índice de utilidad	Obtenido de los valores obtenidos en el EQ-5D-5L		5

4. Auto-completado por el paciente durante la prestación del servicio en la farmacia y mediante entrevista telefónica al paciente por un miembro del equipo investigador tras la consulta del médico en el Centro de Salud y en los 10 días posteriores. 5. Calculado por el grupo investigador.

Impacto humanístico

Variable	Definición	Categorías	Obtención de datos
Precio de los medicamentos	PVP del/los medicamento/s indicado/s o prescrito/s por el farmacéutico o médico para tratar el SM motivo de la consulta	Se tuvieron en cuenta los precios oficiales de septiembre de 2018 incluidos en la base de datos del conocimiento sanitario Bot PLUS ⁷¹	6
Duración de la consulta	Duración de la consulta realizada (tanto en farmacia como en Centro de Salud) en minutos		7
Posible tratamiento en farmacia	¿El médico considera que el síntoma menor tratado en la consulta podía haber sido tratado en la farmacia?	Sí No	8
Satisfacción	Satisfacción del paciente con la consulta recibida sobre el SM	1 = Nada satisfecho 5 = Completamente satisfecho	2
Fcia/CS	En caso de padecer el mismo síntoma menor, ¿el paciente acudiría a la farmacia para tratarlo?	Sí No	

Fcia: Farmacia; CS: Centro de Salud; AC: Atención Continuada; AP: Atención Primaria; PS: Problema de salud; SM: Síntoma menor; 2. Obtenido por un miembro del equipo investigador mediante consulta telefónica a los 10 días del servicio en la farmacia y la consulta del médico en el Centro de Salud; 6. Obtenido a través del registro completado por cada profesional sanitario (farmacéuticos y médicos) tras la consulta del paciente; 7. Obtenido a través del registro completado por cada profesional sanitario (farmacéuticos y médicos) tras la consulta del paciente. 8. Obtenido a través del registro completado por el médico tras la consulta del paciente.

Anexo 11. Certificados de Comités de Ética en Investigación



DICTAMEN DE LA COMISIÓ DE INVESTIGACIÓ

D. Manuel Rodríguez Serra, Presidente de la Comisión de Investigación del Departamento de Salud Xàtiva - Ontinyent, Hospital "Lluís Alcanyis" de Xàtiva,

CERTIFICA

Que esta Comisión en reunión mantenida el 27 de junio de 2017 ha evaluado el estudio:

Titulado:

"Proyecto INDICA+PRO.Evaluación clínica, Humanística y Económica del Servicio de indicación farmacéutica en el ámbito de la Farmacia Comunitaria."

Investigador principal:

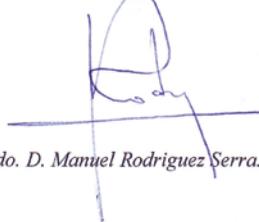
Fernando Martínez Martínez

Que una vez evaluado el referenciado estudio, acuerda emitir el siguiente **INFORME FAVORABLE** para su realización en este Departamento.

Y para que así conste, a petición del interesado, se emite el presente certificado para su conocimiento y efectos oportunos.

Xàtiva a 29 de junio de 2017

*Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent
Hospital "Lluís Alcanyis" de Xàtiva
Comisión de Investigación
El Presidente*



Fdo. D. Manuel Rodríguez Serra.





**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA**

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal,

Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'PROYECTO INDICA +PRO. EVALUACIÓN CLÍNICA, HUMANÍSTICA Y ECONÓMICA DEL SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN EL ÁMBITO DE LA FARMACIA COMUNITARIA.' que dirige D./Dña. FERNANDO MARTINEZ MARTINEZ, con NIF 25.914.146-T, quedando registrada con el nº: 331/CEIH/2017.

Granada, a 20 de Junio de 2017.

EL PRESIDENTE
Fdo: Enrique Herrera Viedma



EL SECRETARIO
Fdo: Fernando Comet Sánchez del Águila

