

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA CARTERA DE SERVICIOS EN UNA FARMACIA COMUNITARIA

Damià Barris Blundell

**PREMIOS
VITAL2015**
estar



Introducción

Los servicios cognitivos han sido definidos como los servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, mediante la exigencia de un conocimiento específico, tratan de mejorar el proceso de uso de los medicamentos o los resultados de la farmacoterapia¹.

Estos servicios, tanto los centrados en el proceso de uso de los medicamentos como los centrados en la evaluación y seguimiento de los resultados de la farmacoterapia, realizados por farmacéuticos comunitarios son una actividad preventiva de primer orden, ya que la vigilancia y seguimiento del uso de medicamentos en los pacientes ambulatorios permite detectar precozmente problemas sanitarios que podrían ser graves si no son atajados inicialmente².

Aunque existe un amplio consenso sobre la importancia de implantar este tipo de servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria, sólo entre un 5 y un 10% de las farmacias comunitarias españolas han adoptado la atención farmacéutica³.

A pesar que dicho proceso de cambio está siendo lento en el sector farmacéutico, en el presente trabajo se pretende mostrar la experiencia de la implantación de una cartera de servicios en una farmacia comunitaria mediante la exposición de los principales resultados obtenidos.

Para la implantación generalizada de este tipo de ejercicio profesional es preciso definir una cartera de servicios⁴, lo que permite medir y valorar dicha actividad.

Los tres servicios fundamentales de nuestra cartera son dispensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico (tabla 1 y figura 1). Para el desarrollo sistemático de todos los servicios existe desde el año 2002 un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001.

La cartera de servicios comprende tres áreas principales:

- **Área asistencial:** abarca todos los aspectos relacionados con los medicamentos y los pacientes (especialmente los pacientes crónicos y polimedicados).
- **Área de investigación:** comprende la planificación relacionada con la publicación de artículos en revistas científicas y de comunicaciones en los congresos del sector.
- **Área de formación:** comprende todas las actividades de formación, desde el diseño de los planes de formación anuales, los criterios de evaluación del conocimiento de los farmacéuticos del equipo y la medición del desempeño de las actividades asistenciales para la remuneración económica del equipo.

La utilización de medicamentos en nuestra sociedad no se encuentra exenta de riesgos de uso, no tan solo por la aparición de efectos adversos, sino también por la utilización inefectiva de los mismos o la no utilización en caso de necesidad. Cualquier desviación de los efectos beneficiosos deseados de los medicamentos puede provocar la aparición en los pacientes de problemas de salud relacionados con los medicamentos, a los que denominamos

genéricamente resultados negativos asociados a la medicación (RNM), y de los que derivan importantes consecuencias tanto sanitarias como económicas^{5,6}.

Tabla 1. Relación de servicios ofrecidos

- Dispensación de medicamentos.
- Indicación farmacéutica.
- Seguimiento farmacoterapéutico (SFT).
- Detección y comunicación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (farmacovigilancia).
- Cribado de enfermedades:
 - Osteoporosis. Determinación de la Densidad Mineral Ósea (DMO) mediante densitómetro de ultrasonidos.
 - Glaucoma (Presión intraocular elevada). Determinación de la Presión Intraocular mediante tonómetro.
 - Diabetes. Determinación de glucemia capilar.
 - Hipertensión arterial.
- Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) de Medicamentos.
- Determinación del Internacional Normalized Ratio (INR).
- Monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).
- Determinación de indicadores biológicos (glucosa, colesterol, triglicéridos, GPT, creatinina, hemoglobina, ácido úrico).
- Electrocardiograma mediante telemedicina.
- Elaboración de planes de alimentación.
- Seguimiento farmacoterapéutico específico de Alli 60 mg.
- Revisión de la medicación en pacientes del servicio SPD.
- Formulación magistral

La atención farmacéutica, realizada por los farmacéuticos en colaboración con otros profesionales sanitarios y con el paciente, constituye un conjunto de intervenciones orientadas a reducir los posibles problemas derivados de la medicación. En el marco de las actividades de atención farmacéutica se incluye la de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), que se ha definido como el servicio profesional que tiene por objetivo la detección de problemas relacionados con medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de los RNM. Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de la vida del paciente.

Otros servicios incluidos en nuestra cartera son:

- Dispensación, que supone una actitud activa de nuestros farmacéuticos en la provisión de medicamentos. La dispensación se convierte en el servicio central de la farmacia asistencial para alcanzar la derivación a otros servicios cognitivos ofrecidos por la farmacia. En ciertas ocasiones el farmacéutico puede decidir la derivación del paciente al médico u otro profesional sanitario, con el objetivo de cumplir el resultado final de la dispensación.
- Indicación farmacéutica, que implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud.

El porcentaje de resolución de los RNM detectados ha sido 94,3% en 2008, 82,9% en 2009, 82,9% en 2010, 75% en 2011, 69,4% en 2012, 65,5% en 2013 y 92,6% en el 2013 (figura 4).

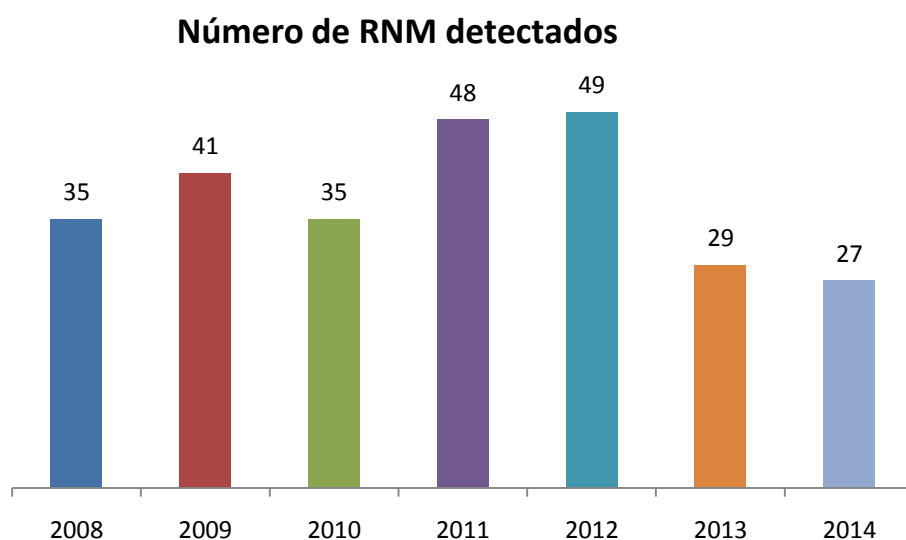


Figura 2. Número de RNM detectados por año

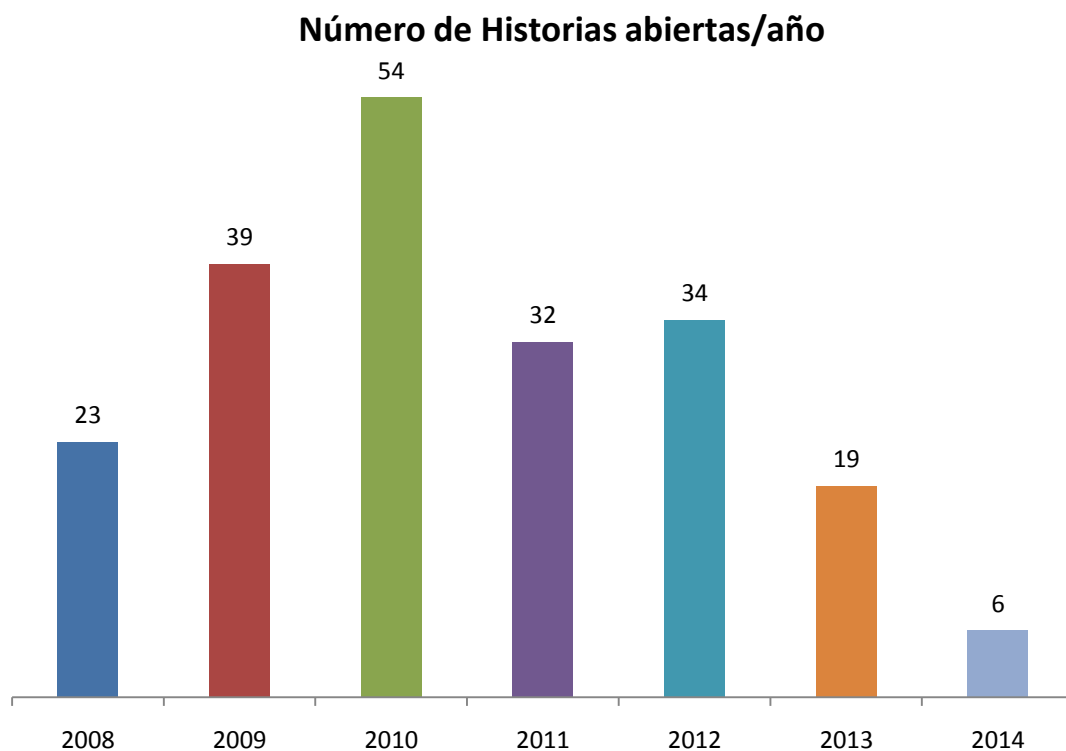


Figura 3. Número de historias farmacoterapéuticas abiertas por año.

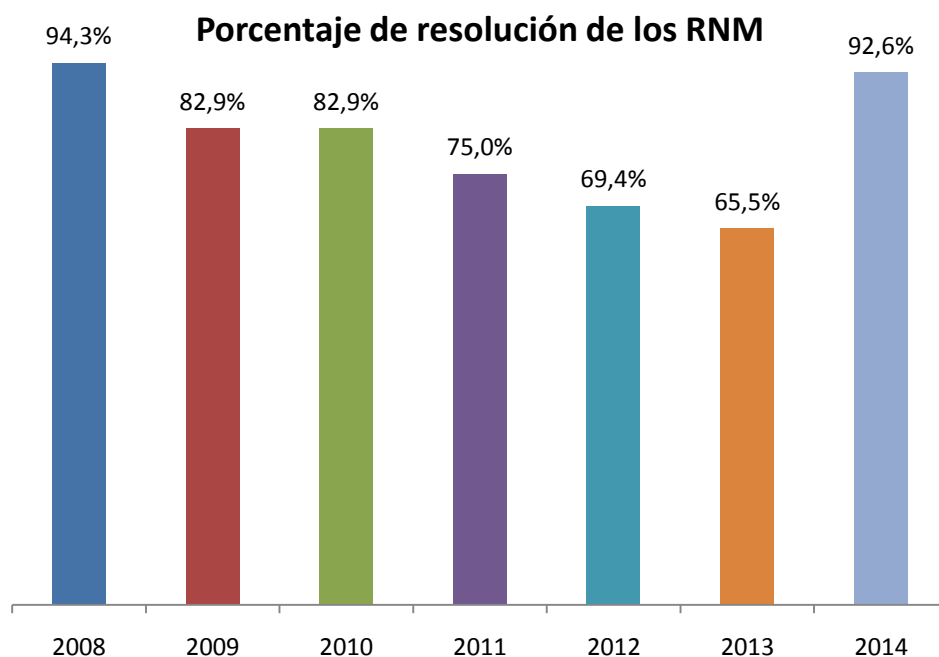


Figura 4. Porcentaje de resolución de los RNM

Resultados en el servicio de MAPA

Por su accesibilidad y formación especializada en materia de medicamentos, el farmacéutico comunitario puede jugar un papel clave en la detección y seguimiento del paciente con HTA. Por ello, se expone la implantación de un nuevo servicio asistencial, monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), enmarcado dentro del modelo de atención farmacéutica. Se pretende con la puesta en marcha de este nuevo servicio mejorar el proceso de cribado de la HTA y ampliar la atención al paciente hipertenso en su seguimiento farmacoterapéutico.

La MAPA permite obtener un amplio número de lecturas de presión arterial (PA), usualmente cada 20 o' 30 minutos, durante periodos de 24 o' 48 horas, que reflejan con detalle, sin la influencia del efecto de bata blanca, los cambios dinámicos de PA durante la actividad cotidiana del paciente.

Para el servicio de MAPA se incluyeron pacientes de la farmacia mayores de 18 años con y sin tratamiento farmacológico a los que se ofreció el servicio. El dispositivo utilizado ha sido el WATCH BP03. En el servicio de cribado de HTA se incluyeron pacientes de la farmacia, mayores de 18 años, sin tratamiento farmacológico para la HTA, excluyendo embarazadas. Se muestran los resultados obtenidos en los años 2012 y 2013.

En el periodo estudiado (2012-2103) se han realizado 38 MAPA a pacientes en edades comprendidas entre los 25 y 85 años, de los cuales un 63,2 % eran hombres y un 36,8 % mujeres. En un 60,5 % de los pacientes el servicio de MAPA se utilizó como seguimiento del tratamiento antihipertensivo y en el 39,5 % restante como cribado (figuras 5 y 6). En el año 2014 se realizaron 12 MAPA.

Utilización del servicio MAPA

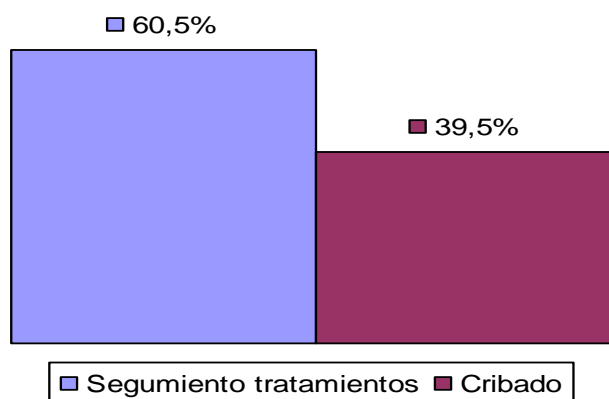


Figura 5. Utilización del servicio MAPA

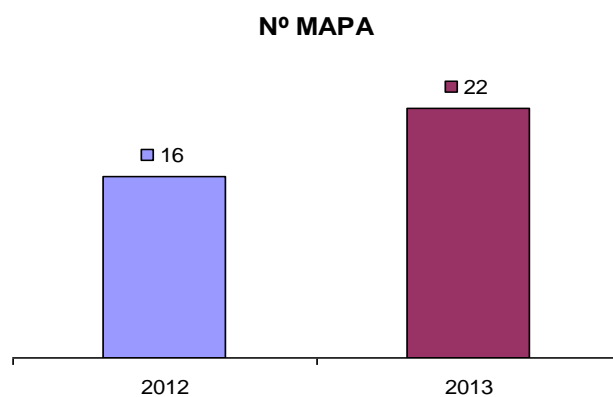


Figura 6. Número de MAPA llevados a cabo.

Según la evolución de los valores de la presión arterial (PA) en la MAPA, un 39,5% (n=15) de pacientes presentaron patrón **NON DIPPER**, un 34,2 % (n=13) **RISER**, un 21,0% (n=8) **DIPPER** y un 5,3 % (n=2) **EXTREME DIPPER** (figura 7).

Patrones

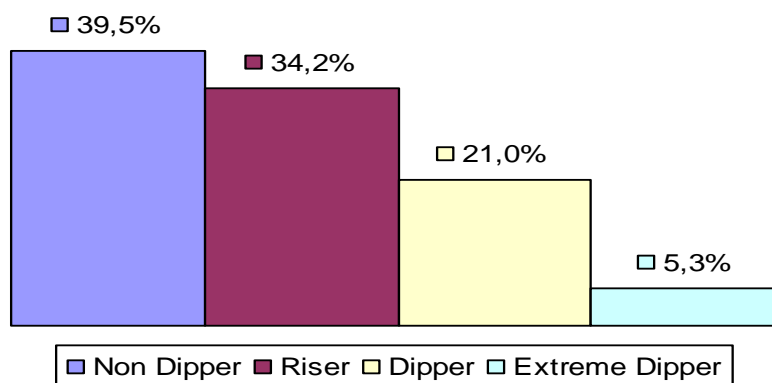


Figura 7. Patrones obtenidos en el servicio de MAPA.

Los pacientes con patrón **NON DIPPER** o **RISER** presentan un pronóstico cardiovascular o de progresión de la lesión de los órganos diana más desfavorable que aquellos pacientes con patrón **DIPPER**.

En los años 2012 y 2013 tras la remisión al médico con los resultados obtenidos, el 21,0 % (n=8) de los pacientes sufrió modificaciones en su tratamiento. En 2012 los principales cambios en el tratamiento correspondieron a aumento de la dosis de fármaco frente a la reducción de dosis de medicamento y cronoterapia en 2013.

Resultados del servicio de cribado HTA

En el periodo estudiado (2012-2013) se han abierto 48 informes de detección de hipertensos ocultos, de los que un 56,2 % eran mujeres y un 43,8 % hombres. Un 41,7 % de estos informes fue completado y enviado al médico para su valoración. De estas derivaciones al médico un 60,0 % acudió nuevamente a la farmacia y el 40,0 % restante se desconoce qué ocurrió con ellos.

En un 22,9 % de los informes abiertos se fueron normalizando las cifras de presión arterial y por ello no se llegó a enviar al médico, y en un 35,4 % no se consiguió completar los 3 valores especificados en nuestro protocolo de intervención (figura 8).

Un 91,6 % de los que acudieron de nuevo a la farmacia recibieron tratamiento farmacológico antihipertensivo frente al 8,4 % que se le recomendó medidas higiénicas.

El principal grupo terapéutico prescrito ha sido IECA (72,7 %) seguido de ARA-II (27,3 %).

Informes de detección abiertos

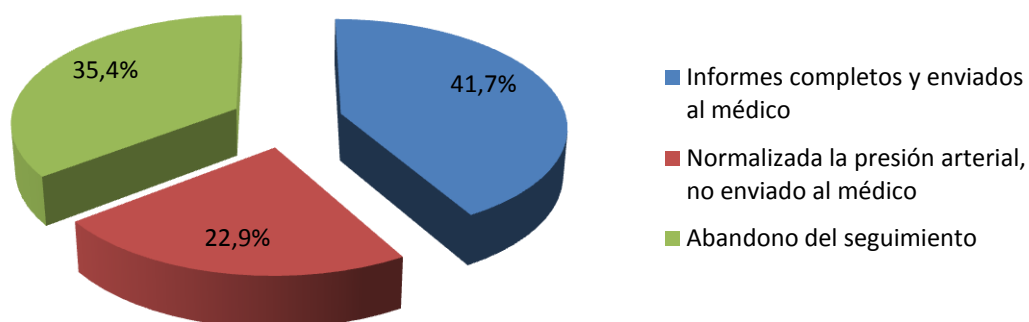


Figura 8. Informes de detección abiertos.

Resultados de las derivaciones documentadas al médico

Las principales causas de derivación documentada desde el año 2006 se muestran en la tabla 2, destacando en porcentaje los niveles elevados de presión arterial (Presión arterial sistólica ≥ 180 mmHg y/o Presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg). El número total de derivaciones documentadas efectuadas por año se recogen en la figura 9.

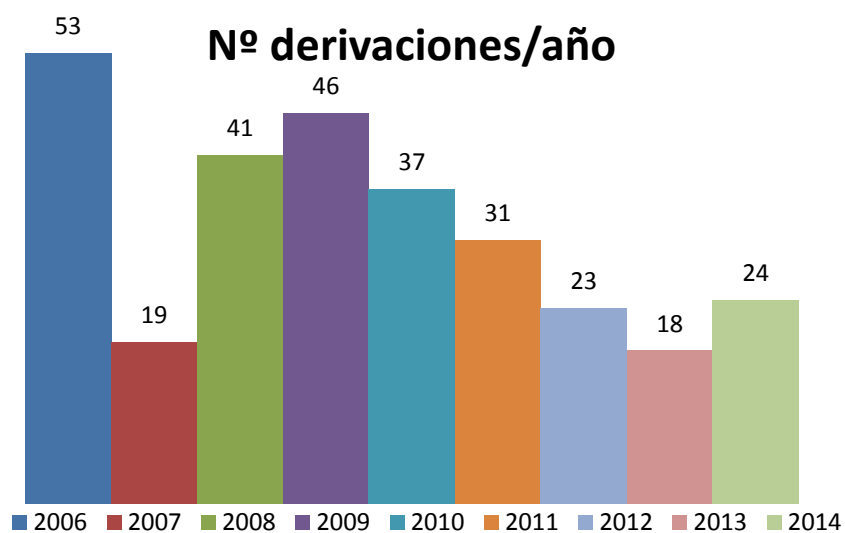


Figura 9. Número de derivaciones/año

Causas de la derivación	n	(%)
Niveles elevados de presión arterial	122	41,80%
Temas administrativos	60	20,50%
Comunicación sospecha de efectos adversos, etc.	55	18,80%
Duplicidad terapéutica	23	7,90%
Consulta sobre posología	22	7,50%
Diferencias en la dosis prescrita	9	3,10%
Medicación extranjera	1	0,30%

Tabla 2. Causas principales de derivación desde el año 2006 hasta 2014.

La dispensación de medicamentos es el servicio central de la farmacia asistencial para alcanzar la derivación a otros servicios cognitivos ofrecidos. En ciertas situaciones el farmacéutico puede decidir la derivación del paciente al médico u otro profesional sanitario, con el objetivo de cumplir el resultado final de la dispensación.

Cuando se produce la derivación al médico se actúa de la siguiente forma:

- Se elabora un breve informe escrito (figura 10), mediante un documento de derivación en el que se expone de forma clara el motivo de derivación.
- Se informa al paciente de la causa de la derivación al médico.
- Se guarda registro de la derivación documentada de forma que permita el seguimiento del resultado de la derivación.

FARMACIA C. ZARZUELO
C/. Ciudad de Málaga, 20-21 • 29631 Benalmádena (Málaga) • Tel. 952 56 30 67 • www.farmaciazarzuelo.com

ASISTOR ER

DEL FARMACÉUTICO/A:	NOMBRE PACIENTE
A:	Nº SS:
MOTIVO DE LA DERIVACIÓN	
<p>En Benalmádena a de 200.....</p> <p>Firma</p>	
Observaciones al Farmacéutico/a:	
<p>En Benalmádena a de 200.....</p> <p>Firma</p>	

0203

Figura 10. Derivación documentada.

Resultados de la detección y comunicación de sospechas de RAM al Centro Andaluz de Farmacovigilancia

La farmacovigilancia es una de las actividades que puede desarrollar la farmacia comunitaria y que, además está contemplada en la legislación como una labor obligatoria para todos los profesionales sanitarios.

El Sistema Español de Farmacovigilancia se basa en la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM), mediante la tarjeta amarilla. Este sistema permite evaluar y registrar todas las sospechas de RAM notificadas por los profesionales sanitarios con el fin de identificar de forma precoz nuevos riesgos.

En la tabla 3 se muestran el número de notificaciones de sospechas de RAM realizadas por nuestra farmacia desde el año 2001 y su comparación con el número de notificaciones desde las farmacias andaluzas.

AÑO	Nº Notificaciones Farmacia Zarzuelo	Representatividad de Farmacia Zarzuelo sobre el total de notificaciones	Representatividad de Farmacia Zarzuelo sobre las notificaciones de farmacias andaluzas
2001	23	2,60%	Sin datos
2005	15	1,90%	13,90%
2006	22	1,95%	10,70%
2008	15	1,01%	17,00%
2009	16	1,10%	22,60%
2010	19	0,95%	19,40%
2011	29	2,63%	31,40%

Tabla 3. Evolución de las RAM notificadas y su porcentaje respecto al total de notificadores en Andalucía.

El número total de RAM comunicadas al Centro Andaluz de Farmacovigilancia desde el año 2002 ha sido de 235 (figura 11). La edad media de los pacientes que presentaron una RAM fue de 58,4 años (DE: 17,3), con un rango de edad amplio, que se situó entre 1 año y 91 años. El número medio de medicamentos utilizados por paciente ha sido de 3,9 (DE: 2,3).

Los fármacos implicados en las RAM con una mayor frecuencia han sido los hipolipemiantes (10,2 %), antihipertensivos (9,4 %), antiinflamatorios (7,7 %), antibacterianos (6,4 %) y psiconalépticos (6,4 %) (tabla 4).

Las RAM más frecuentes según los órganos y aparatos afectados han sido el sistema nervioso, sistema digestivo, piel y sistema músculo-esquelético.

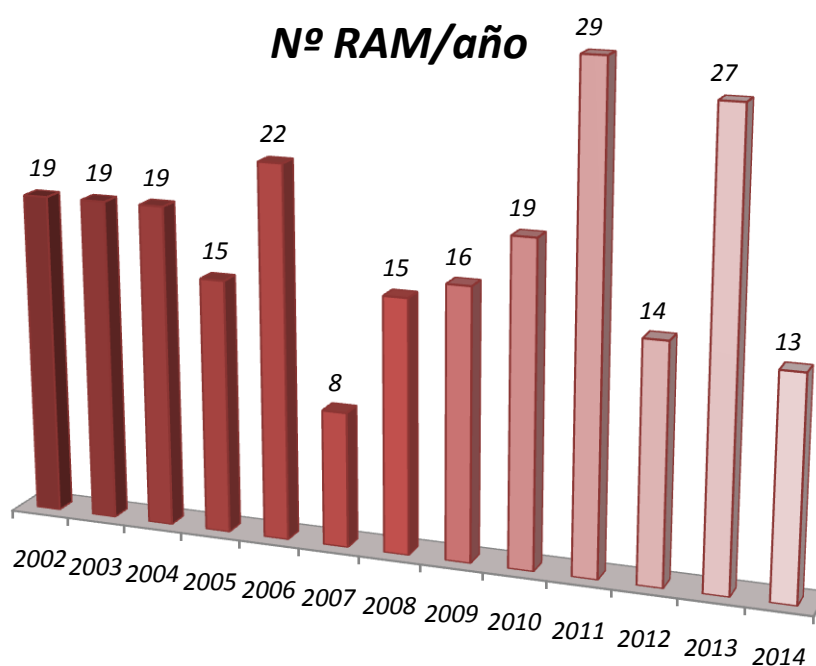


Figura 11. Número de RAM notificadas por año.

Grupo farmacológico	n (%)
C10 - Agentes modificadores de los lípidos	24 (10,2 %)
C09 - Fármacos activos sobre el sistema renina - angiotensina	22 (9,4 %)
M01 - Antiinflamatorios y antirreumáticos	18 (7,7 %)
J01 - Antibacterianos, uso sistémico	15 (6,4 %)
N06 - Psicoanalépticos	15 (6,4 %)
G04 - Preparados urológicos	14 (5,9 %)
M05 - Preparados para el tratamiento de enfermedades óseas	12 (5,1 %)
N02 - Analgésicos	10 (4,3 %)
N03 -Antiepilépticos	9 (3,8 %)
S01 - Oftalmológicos	8 (3,4 %)
A02 - Fármacos para alteraciones relacionadas con acidez	7 (2,9 %)
R03 - Medicamentos contra alteraciones obstructivas pulmonares	6 (2,6 %)
A10 - Antidiabéticos	6 (2,6 %)
R06 - Antihistamínicos, uso sistémico	6 (2,6 %)
R05 - Preparados para la tos y el resfriado	5 (2,1 %)
N05 - Psicofármacos	5 (2,1 %)

Tabla 4. Medicamentos implicados en las sospechas de RAM

Resultados en la revisión de la medicación de los pacientes del servicio de SPD según los criterios START-STOPP

En las personas mayores, se considera que los medicamentos son apropiados cuando tienen una clara indicación basada en la evidencia, son bien tolerados por la mayoría y son coste efectivos⁷. La prescripción inapropiada (PI) en ancianos es frecuente y se asocia con un aumento significativo de efectos adversos y mal uso de recursos. La PI de fármacos en la población geriátrica está considerada una cuestión de salud pública, relacionada con la morbilidad, la mortalidad y el uso de recursos sanitarios. La PI también incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, y fármacos duplicados o de la misma clase. La PI incluye además, conceptualmente, la no utilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados, pero que a menudo no se prescriben en pacientes mayores por diferentes razones, no siempre bien determinadas.

Una manera lógica de minimizar las PI y los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) asociados sería la revisión periódica y sistemática de los tratamientos, dentro de los programas de atención farmacéutica de las farmacias comunitarias.

La revisión de la medicación es un tipo de servicio farmacéutico ofertado en diferentes países al introducirse los conceptos de atención farmacéutica como base del desarrollo profesional. La característica básica de este servicio es el análisis de la farmacoterapia usada por un individuo en un momento dado para identificar posibles problemas presentes o futuros⁸.

Los criterios STOPP comprenden 65 indicadores de prescripciones potencialmente inadecuadas que incluyen interacciones fármaco-fármaco y fármaco-situación clínica, duplicidad terapéutica y medicamentos que incrementan el riesgo de deterioro cognitivo y caídas en las personas mayores. Los criterios START incorporan 22 indicadores basados en la evidencia de inicio de medicamentos necesarios para un diagnóstico concreto, siempre que no exista una contraindicación.

Los criterios STOPP-START están organizados por sistemas fisiológicos, pueden ser aplicados rápidamente y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos de las historias farmacoterapéuticas de los pacientes. No han sido diseñados para reemplazar el juicio clínico, sino para mejorar la evaluación farmacoterapéutica de los pacientes, por lo que aportan recomendaciones sobre los medicamentos que habría que evitar, en función de la situación clínica individual de cada paciente.

Con la revisión sistemática según los criterios STOPP-START se pretende detectar la medicación inadecuada y los fármacos necesarios no prescritos en pacientes del servicio del sistema personalizado de dosificación de medicamentos (SPD) de nuestra farmacia comunitaria. Esta revisión sistemática se ha realizado durante 4 meses (noviembre 2013-febrero 2014).

Los pacientes seleccionados para recibir este servicio son 84 pacientes mayores de 65 años inscritos en el servicio de SPD.

Se registraron los siguientes datos: edad, sexo, número de medicamentos, número de criterios STOPP-START identificados. La identificación de los criterios se realizó con la herramienta informática CheckTheMeds®.

Se revisaron las historias farmacoterapéuticas de 84 pacientes, de los que un 39% corresponden a hombres y un 61% a mujeres. La media de edad ha sido de 75,7 años, con un consumo medio de 7,9 medicamentos.

Cuarenta y seis pacientes (54,8%) presentaron como mínimo un criterio STOPP-START, con una media de 1,07 criterios por paciente. De estos 46 pacientes, un 36,9% solo presenta criterios STOPP, un 32,6% criterios START y un 30,5% criterios STOPP-START (figura 12).

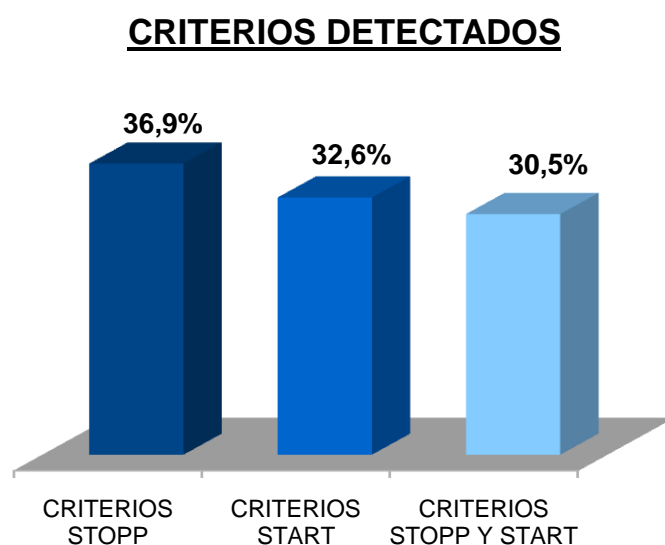


Figura 12. Porcentaje de criterios detectados

En los criterios START la situación más prevalente corresponde al sistema endocrino (*antiagregantes plaquetarios en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular*) con un 15,6%. En segundo lugar se encuentran la *terapia con estatinas en la diabetes mellitus con coexistencia de factores de riesgo cardiovascular* con un 8,9% y la *Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 ± síndrome metabólico* con también un 8,9% (tabla 5).

CRITERIOS STOPP	N (%)
Sistema cardiovascular	
Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión	1 (1,1%)
Bloqueantes beta no cardioselectivos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 (1,1%)
AAS a dosis superiores a 150 mg/día	3 (3,3%)
Sistema nervioso central y psicofármacos	
Uso prolongado de benzodiacepinas de vida media larga o benzodiacepinas con metabolitos de larga acción	13 (14,4%)
Sistema gastrointestinal	
Loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la	
IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante más de 8 semanas	1 (1,1%)
Sistema musculoesquelético	
AINE con hipertensión moderada-grave (moderada 160/100 mmHg – 179/109 mmHg; grave igual o superior a 180/110 mmHg).	4 (4,4%)
Uso prolongado de AINE (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis	1 (1,1%)
Warfarina y AINE juntos	1 (1,1%)
Sistema urogenital	
Fármacos antimuscarínicos para la incontinencia urinaria en pacientes con demencia	2 (2,2%)
Fármacos antimuscarínicos en la prostatitis crónica	1 (1,1%)
Fármacos bloqueadores alfa-1 adrenérgicos en varones con episodios frecuentes de incontinencia urinaria (uno o más episodios de incontinencia al día).	1 (1,1%)
Sistema endocrino	
Glibenclamida o clorpropamida en la diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)	12 (13,3%)
Bloqueadores betaadrenérgicos en pacientes diabéticos con episodios frecuentes de hipoglucemia (≥ 1 episodio al mes)	2 (2,2%)
Analgésicos	
Uso de fármacos opiáceos potentes de forma continuada (morfina, fentanilo como primera línea en el dolor leve o moderado)	1 (1,1%)
Duplicidades	
Cualquier duplicidad en la prescripción	4 (4,4%)

CRITERIOS START	N (%)
Sistema cardiovascular	
Terapia antihipertensiva cuando la presión arterial sistólica sea superior a 160 mmHg	2 (2,2%)
Terapia con IECA después de un infarto agudo de miocardio	1 (1,1%)
Bloqueadores betaadrenérgicos en la angina crónica estable	2 (2,2%)
Sistema respiratorio	
Agonistas β 2-adrenérgicos o anticolinérgicos inhalados en el asma leve- moderado o en la EPOC	1 (1,1%)
Sistema musculoesquelético	
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada o severa de más de 12 semanas de duración.	1 (1,1%)
Calcio suplementado con vitamina D en pacientes con osteoporosis diagnosticada (fractura por fragilidad previa, cifosis dorsal adquirida)	2 (2,2%)
Sistema endocrino	
Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 \pm síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal)	8 (8,9%)
IECA o antagonistas de los receptores de la angiotensina II en el diabetes con nefropatía (proteinuria o microalbuminuria (>30 mg/24 h) \pm insuficiencia renal)	2 (2,2%)
Terapia antiagregante en la diabetes mellitus con coexistencia de factores de riesgo cardiovascular	14 (15,6%)
Terapia con estatinas en la diabetes mellitus con coexistencia de factores de riesgo cardiovascular	8 (8,9%)

**Tabla 5. Criterios STOPP-START detectados
(49 criterios STOPP detectados y 41 criterios START)**

Respecto a los criterios STOPP se ha detectado como la situación más frecuente el sistema nervioso central y psicofármacos con un 14,4% (*Uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción*) seguida del sistema nervioso endocrino (13,3%) (*Glibenclamida o clorpropamida en la diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)*).

Área de investigación

Número de trabajos publicados

Se trata del indicador vinculado con el desarrollo de la planificación del área de investigación de la farmacia. Se recogen los artículos publicados en revistas científicas del sector y las comunicaciones escritas en congresos farmacéuticos.

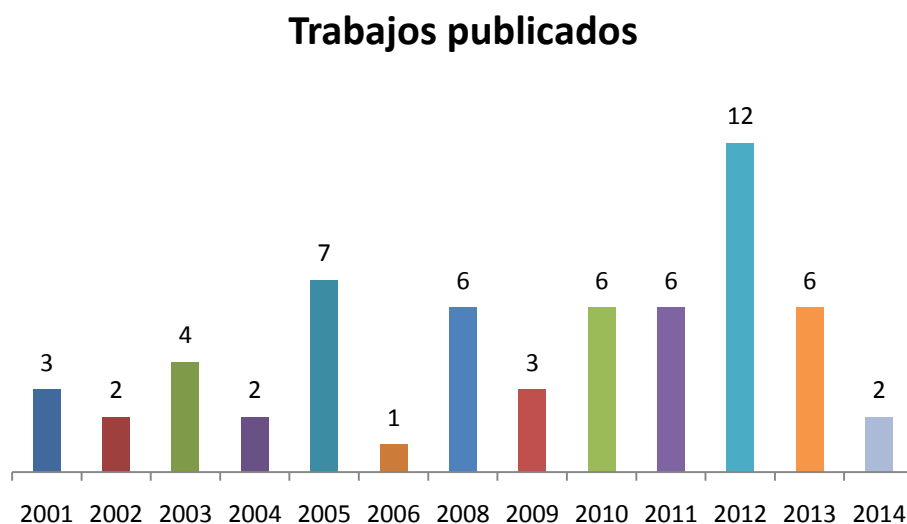


Figura 13.Trabajos publicados

Los artículos científicos publicados en las revistas farmacéuticas son:

- Barris D. Revisión de medicación según criterios START/STOPP en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2015; 7(2): 31-36.
- Barris D. Efectos de la implantación de un sistema robotizado de dispensación en los resultados de las actividades asistenciales y los procesos internos de una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2015; 17(1): 261-271.
- Barris D. Evaluación de la gestión directiva en farmacia comunitaria mediante el análisis de los resultados negativos asociados al uso de medicamentos detectados y atendidos. *Pharm Care Esp* 2014; 16(1): 11-21.
- Barris D. Epigastralgia por dabigatrán. Segundo Premios Foro AF-FC 2013.
- Glaucoma. Objetivos del protocolo de dispensación. *Aula de la farmacia* 2013; 94(9): 57-65.
- Barris D. Adherencia al tratamiento del glaucoma en pacientes de una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2012; 14(5): 202-209.
- Barris D. Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2012; 14(2): 50-60.
- Barris D. Seguimiento farmacoterapéutico con pacientes con osteoporosis. *Aula de la farmacia* 2011; 7(84): 7-21.
- Barris D, Navarro E, Sabio B, Sánchez R, Cueto A, Toril C, Aguilera S. Adherencia al tratamiento de la osteoporosis en pacientes de una farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2010; 12(2): 61-68.

- Barris D, Navarro E. Edema asociado a pioglitazona. *Pharmaceutical Care Esp* 2008; 10(4):196-199.
- Barris D. Abordaje de la osteoporosis en una farmacia comunitaria: detección del riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y evaluación de la calidad de vida. Finalista Premios Esteve Unidos por la Atención al Paciente 2006.
- Barris D et al. Screening for osteoporosis among post-menopausal women in community pharmacy. *Pharmacy Practice* 2006; 4(2): 95-101.
- Barris D. ¿Cómo intentamos mejorar los resultados clínicos en nuestra farmacia? Seguimiento farmacoterapéutico 2005; 3(supl 1):6-8.
- Amariles P, Baena MI, Faus MJ, Machuca M, Tudela J, Barris D et al. Conocimiento y riesgo cardiovascular en pacientes en tratamiento con medicamentos cardiovasculares. *Ars pharmaceutica* 2005; 46(3): 279-300.
- Barris D et al. Evolución de la demanda de antibióticos orales en una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 84-89.
- Barris D, Rodríguez C, Martínez-Rey A, Sabio B, Gutiérrez JL, Garrido B. Problemas relacionados con medicamentos detectados en pacientes que utilizan medicación antiasmática de una farmacia comunitaria. *Pharm Care España* 2004; 6(4): 202-209.
- Barris D, Rodríguez C, Sabio B, Garrido B, Martínez-Rey A, Gutiérrez JL. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes de una farmacia comunitaria?. *Pharm Care Esp* 2004; 6(1): 15-21.
- Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento fármacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharmaceutica* 2003; 44(3): 225-237.
- Barris D, Garrido B, Rodríguez C, Sabio B, Zarzuelo C. Servicio de urgencia nocturno. Estudio de la demanda. *Farmacia Profesional* 2003; 17(8):46-50.
- Barris D, Rodríguez C, Sabio B, Garrido B. Interacciones farmacológicas detectadas en una farmacia comunitaria *Pharm Care Esp* 2003; 5(6):261-267.
- Barris D, Rodríguez C, Salinas MM, Sabio B, Zarzuelo C. Aproximación epidemiológica de la utilización de hipolipemiantes en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2002; 4(6): 358-366.
- Barris D. Sospechas de reacciones adversas notificadas en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2002; 4(4): 250-251.
- Barris D. El incumplimiento terapéutico en la entrevista farmacéutica con el paciente. *Pharm Care Esp* 2001; 3(extraordinario) 10-11.
- Barris D, Rodríguez C, Salinas MM, Zarzuelo C. Demanda de antibióticos sin receta médica en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2001; 3(6):412-420.

Los trabajos publicados en los diferentes congresos farmacéuticos son:

- Barris D et al. Revisión de medicación según criterios START/STOPP en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria. VI Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios Málaga 2014.
- Barris D, Navarro E. Efectos de la implantación de un sistema robotizado de dispensación en los resultados de las actividades asistenciales y los

- procesos internos de una farmacia comunitaria. VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica Bilbao 2013.
- Navarro E, Barris D. Importancia de la actualización del contenido de los prospectos de información de los medicamentos y de los conocimientos en farmacología de los farmacéuticos comunitarios VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica 2013.
 - Barris D, Navarro E. Remuneración por objetivos en el desarrollo de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica Bilbao 2013.
 - Navarro E, Soto N, Barris D. Detección de fibrilación auricular en una farmacia comunitaria. VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica 2013.
 - Sánchez R, Navarro E. Formulación magistral en una farmacia comunitaria ¿es rentable? VIII Congreso Nacional de Atención Farmacéutica 2013.
 - Barris D, Sánchez R. Implantación de un sistema de méritos profesionales para el desarrollo de una carrera profesional interna en una farmacia comunitaria. V Congreso SEFAC, Barcelona 2012.
 - Sánchez R et al. Evaluación del grado de conocimiento y cumplimiento en pacientes con tratamiento hipouricemiante en una farmacia comunitaria. V Congreso SEFAC, Barcelona 2012.
 - Barris D, Sánchez R. Efectos de la implantación de un sistema robotizado de dispensación en los resultados de las actividades asistenciales de una farmacia comunitaria. V Congreso SEFAC, Barcelona 2012.
 - Barris D, Sánchez R. Evolución de los resultados negativos asociados a la medicación detectados en una farmacia comunitaria. V Congreso SEFAC, Barcelona 2012.
 - Sabio B et al. Resultados del servicio de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en una farmacia comunitaria. V Congreso SEFAC, Barcelona 2012.
 - Navarro E. Detección de una posible inseguridad no cuantitativa de aliskireno tras una reevaluación de su balance beneficio-riesgo. Simpodader Granada 2012.
 - Sabio B, Navarro E. Detección de una ineffectividad cuantitativa por incumplimiento de tratamiento para glaucoma Simpodader 2012, Granada.
 - Soto N, Navarro E. Control de la hipertensión arterial en un paciente insuficientemente tratado Simpodader 2012, Granada.
 - Sabio B, Navarro E. Detección de un riesgo elevado de osteoporosis no tratada Simpodader 2012, Granada.
 - Cueto AM, Navarro E. Inseguridad cualitativa de orlistat 60 mg. Simpodader 2012, Granada.
 - Navarro E, Sabio B, Sánchez R, Cueto A, Soto N, Barris D. Características de los pacientes en un servicio de toma de presión arterial en una farmacia comunitaria. 21 Congreso SAHTA, Málaga, noviembre 2011.
 - Navarro E, Sabio B, Sánchez R, Cueto A, Soto N, Barris D. Evaluación y comparación con un periodo anterior de la detección de hipertensos no diagnosticados en una farmacia comunitaria. 21 Congreso SAHTA Málaga, noviembre 2011.
 - Barris D, Soto N. Dispensación de metformina en el síndrome de ovario poliquístico. Simpodader, Santander 2011.
 - Barris D, Sabio B, Navarro E, Sánchez R, Cueto A, Soto N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el servicio de dispensación de una farmacia comunitaria. Simpodader, Santander 2011.

- Barris D, Sabio B, Navarro E, Sánchez R, Cueto A, Soto N. Resultados de la implantación de una herramienta informática integrada en el sistema de gestión para la dispensación de medicamentos. Simpodader, Santander 2011.
- Barris D, Cueto A, Sánchez R. Estudio de utilización de los medicamentos del grupo M01AX (otros antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroídicos) en una farmacia comunitaria. Congreso Nacional SEFAC 2010.
- Barris D, Sánchez R. Estudio de utilización de los nuevos antidiabéticos: inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4) e incretín miméticos en una farmacia comunitaria. Congreso Nacional SEFAC 2010.
- Barris D, Sánchez M, Sánchez R. Interacciones farmacológicas detectadas en pacientes del servicio de sistemas de dispensación personalizada de medicamentos de una farmacia comunitaria. Congreso Nacional SEFAC 2010.
- Barris D, Sánchez R. Experiencia de la implantación del programa de acreditación de oficinas de farmacia de la agencia de calidad sanitaria de Andalucía en una farmacia comunitaria. Congreso Nacional SEFAC 2010.
- Barris D, Sánchez R. Análisis de las derivaciones documentadas al médico de una farmacia comunitaria. Congreso Nacional SEFAC 2010.
- Sánchez R, Sabio B, Barris D. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en tratamiento con orlistat 60 mg en una farmacia comunitaria. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Sevilla 2009.
- Cueto A, Barris D, Sabio B et al. Adherencia al tratamiento del glaucoma en pacientes de una farmacia comunitaria. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica Sevilla 2009.
- Navarro E, Barris D, Sabio B. Resultados en el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con tratamiento para el glaucoma o hipertensión ocular en una farmacia comunitaria. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica Sevilla 2009.
- Botía M, Cueto A, Barris D et al. Evaluación de la detección de hipertensos no diagnosticados en una farmacia comunitaria. Simpodáder 2008 Málaga.
- Navarro E, Sabio B, Barris D et al. Adherencia al tratamiento de la osteoporosis en pacientes de una farmacia comunitaria. Simpodáder 2008, Málaga.
- Barris D et al. Utilización del Modelo EFQM como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad de una farmacia comunitaria. Simpodáder 2008 Málaga.
- Sánchez R, Barris D et al. Educación nutricional mediante la elaboración de dietas personalizadas en una oficina de farmacia. Simpodáder 2008 Málaga.
- Barris D et al. Evolución de los resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Simpodáder 2008 Málaga.
- Barris D, Gutiérrez JL, Sabio B, Garrido B. Proyecto de Autoevaluación según el modelo EFQM en una farmacia comunitaria. IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Valencia 2005.
- Barris D et al. Detección del riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas en una farmacia comunitaria. IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Valencia 2005.

- Barris D, Rodríguez C, Salinas MM, Sabio B, Zarzuelo C. Aproximación epidemiológica de la utilización de hipolipemiantes en una farmacia comunitaria. II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Barcelona 2001.
- Barris D, Gutiérrez JL, Sabio B, Garrido B. Demanda de productos con fitoestrógenos en una farmacia comunitaria. IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Valencia 2005.
- Barris D, Gutiérrez JL, Sabio B, Garrido B. Evolución de las sospechas de reacciones adversas detectadas en una farmacia comunitaria. IV Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, Valencia 2005.
- Barris D, Rodríguez C, Sabio B, Garrido B. Interacciones farmacológicas detectadas en una farmacia comunitaria. III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Granada 2003.

Participaciones en premios

Se ha participado en los siguientes premios, intentando divulgar la calidad y la labor asistencial de la farmacia comunitaria, con los resultados que se detallan:

Premio	Resultado
II Premio a la Excelencia en las Pymes andaluzas (Grupo Joly y la Caixa), noviembre 2010	No premiado Categoría salud, bienestar y biotecnología Proyecto: Memoria EFQM
Premio Cinfa a la Innovación en la farmacia, marzo 2011	No premiado Proyecto: Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria
Premio IFC (Instituto de Formación Cofares), mayo 2011	No premiado Proyecto: Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria, pero en formato artículo científico.
IV Premios Esteve Unidos por la Atención al Paciente, 2010	No premiado Proyecto: Aplicación del modelo EFQM en la gestión de los servicios asistenciales de una farmacia comunitaria
X Premio Andaluz a la Excelencia, 2010	No premiado Categoría: sistemas de gestión
Premio SIGRE, septiembre 2011	No premiado Proyecto: Sistema de gestión energética aplicado a una farmacia
Premios Cinfa a la innovación en la farmacia, marzo 2012	No premiado Proyecto: Resultados principales en la implantación de una cartera de servicios en una farmacia comunitaria
V Premios Esteve Unidos por la Atención al Paciente, 2012	No premiado Proyecto: Principales resultados de la implantación de una cartera de servicios en una farmacia comunitaria
Premio a la mejor comunicación, Congreso SEFAC 2012	Premiado Implantación de un sistema de méritos profesionales para el desarrollo de una carrera profesional interna en una farmacia comunitaria
Premios Cinfa a la innovación en la farmacia, marzo 2013	Premiado Proyecto: Implantación de un sistema de méritos profesionales para el desarrollo de una carrera profesional interna en una farmacia comunitaria
Premios Foro AF-FC 2013	Premiado: 2º Premio Caso: Epigastralgia por dabigatrán, dispensación, episodio de seguimiento y notificación de reacción adversa al medicamento.
Primer premio nacional TEVA al mejor servicio impulsado por farmacéuticos, 2014	No premiado Proyecto: Resultados del servicio de cribado de pacientes hipertensos y de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en una farmacia comunitaria.
Premios Foro AF-FC 2014	Finalista Casos: Mialgia por influencia de ticagrelor en las concentraciones plasmáticas de simvastatina / ¿Sospecha de mialgia producida por la interacción entre verapamilo-simvastatina o por simvastatina?
Premio mejor comunicación presentada por farmacéutico malagueño, Congreso SEFAC 2014	Premiado Proyecto: Revisión de medicación según criterios START/STOPP en pacientes mayores del servicio SPD

Área de formación

Remuneración por objetivos en el desarrollo de los servicios de los servicios asistenciales

Las principales características del sistema de remuneración implantado son:

- Los objetivos son grupales. Cada miembro contribuye a la consecución de las metas trazadas.
- Algunas de las actividades remuneradas son número de historias abiertas, de PRM/RNM detectados, de tarjetas amarillas notificadas, de informes de detección de hipertensos, de derivaciones documentadas al médico, de intervenciones farmacéuticas registradas, de MAPA realizados, etc (tabla 6).
- El premio anual económico por alcanzar la totalidad de los objetivos marcados ha sido de 3960 € (2009), 4400 € (2010), 2600 € (2011), 2050 € (2012), 3000 € (2013) y 2200 € (2014) más 36-24 días libres por año y farmacéutico.

ACCIONES	OBJETIVO	POND.	Resultado	Resultado
HISTORIAS ABIERTAS	4	35,0%	1	
PRM DETECTADOS	4	20,0%	3	
TARJETAS AMARILLAS	2	5,0 %	1	
Nº OSTEOPOROSIS+PIO+FACTOR RIESGO CARDIOVASCULAR	12	5,0%	16	
INFORME DETECCIÓN HTA	1	2,5%	1	
CARDIPLUS	1	5,0%	0	
PACIENTES BLISTERES	1	2,5%	0	
Nº REFLOTRON	>15%	5 %	80	
Nº MAPA	2	15,0 %	2	
Nº INTERVENCIONES + INTERACCIONES + REGISTROS DE DISPENSACIÓN	20	5,0 %	8	

Tabla 6. Ejemplo de objetivos mensuales

El equipo farmacéutico ha conseguido en el año 2009 un 54,5% de los objetivos totales anuales, un 39,8% en el 2010, un 49,4% en el 2011, un 34,4% en el 2012, un 40,8% en el 2013 y un 51,6% en el 2014 (figura 14).

Sistema de méritos profesionales para el desarrollo de una carrera profesional

La implantación de un sistema de méritos profesionales para el desarrollo de una carrera profesional y una promoción interna persigue los siguientes objetivos principales:

- Obtener una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención farmacéutica.

- Valorar la experiencia, conocimientos y habilidades del equipo de farmacéuticos.
- Premiar y reconocer el esfuerzo individual (paralelamente existen unos objetivos mensuales grupales con una remuneración complementaria).
- Buscar una remuneración que recompense la diferencia entre invertir entre farmacéuticos o técnicos en farmacia.
- Conseguir que los resultados obtenidos por los farmacéuticos, sobre todo los asistenciales, sean los que determinen en gran medida el importe económico a recibir.

En función de la puntuación que obtiene cada farmacéutico se le asigna un nivel, al que le corresponde capacidad para alcanzar puestos de trabajo en la farmacia y un salario más alto. Cada 3-6 meses la puntuación es revisada y cada nivel llevará inherentes las atribuciones y responsabilidades que le corresponden, así como incrementos retributivos.

Las cinco áreas de evaluación utilizadas son:

- Profesionales y de compromiso con la farmacia.
- Formación continuada.
- Conocimientos por iniciativa propia y compromiso con la profesión.
- Investigación.
- Actividades asistenciales.

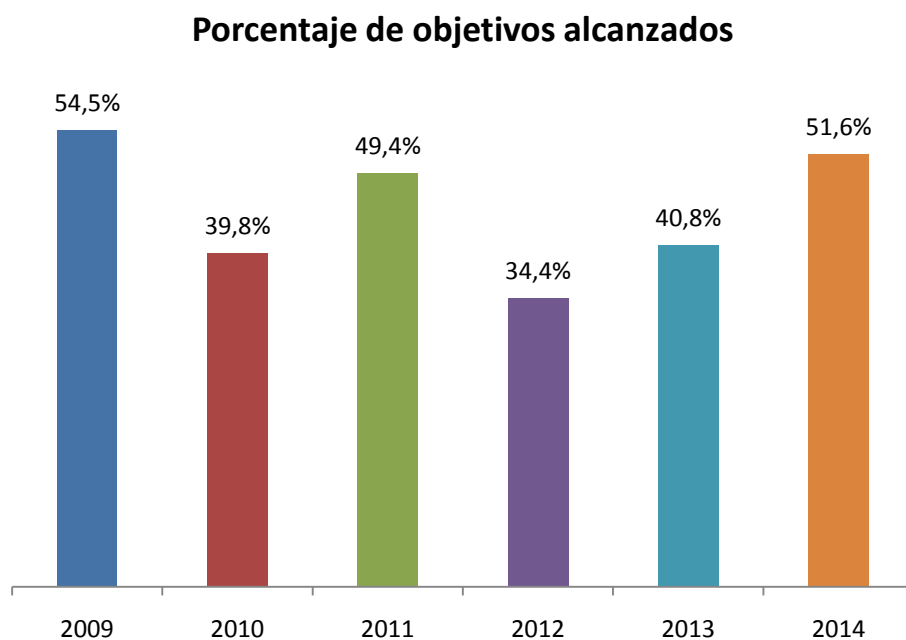


Figura 14. Porcentaje de objetivos alcanzados

Conclusiones

Se hace necesario extender el nuevo servicio de MAPA entre nuestros pacientes con el objetivo de suministrar a los médicos de nuestro entorno información de interés clínico, que optimice el diagnóstico de la hipertensión arterial (HTA), la evolución del riesgo cardiovascular de los pacientes y la valoración de la efectividad de los tratamientos.

El documento de derivación al médico (figura 10) constituye una buena herramienta de comunicación con los servicios médicos del sistema sanitario de nuestro entorno y en cierta medida de integración en dicho sistema sanitario.

La dispensación mediante receta electrónica en Andalucía no dispone de un canal de comunicación directo con el médico, lo que puede constituir una oportunidad de mejora del sistema informático. Este canal de comunicación podría sustituir al documento de derivación al médico de atención primaria del Sistema Andaluz de Salud.

Respecto al servicio de cribado de HTA sería necesario mejorar la coordinación con el equipo de atención primaria para trabajar en consenso el proceso de cribado.

La revisión sistemática de la medicación según criterios STOPP-START en pacientes del servicio de SPD mediante el programa informático CheckTheMeds® es una buena herramienta para mejorar el seguimiento de pacientes ancianos, polimedicados y/o con patologías crónicas.

Teniendo en cuenta la evolución de los principales indicadores relacionados con el desempeño de las actividades asistenciales (historias farmacoterapéuticas abiertas, PRM/RNM detectados, derivaciones documentadas al médico, sospechas de reacciones adversas al medicamento) se podría afirmar que el sistema de remuneración de objetivos consigue ofrecer cierta continuidad en el desempeño de labores asistenciales. La puesta en marcha de la cartera de servicios (figura 15) nos ha supuesto una ventaja diferencial respecto a la práctica habitual realizada en las farmacias comunitarias de nuestra área asistencial.

Este sistema de méritos ha sido realizado basándose en la propuesta de carrera profesional en farmacia comunitaria propuesta por la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), por lo que deberá servir para el desarrollo de la carrera profesional (externa) de los farmacéuticos del equipo.

El despliegue de una cartera de servicios junto a la medición y seguimiento de las tendencias de los resultados obtenidos con los diferentes servicios ofrecidos pueden ser fácilmente aplicables por las farmacias comunitarias.

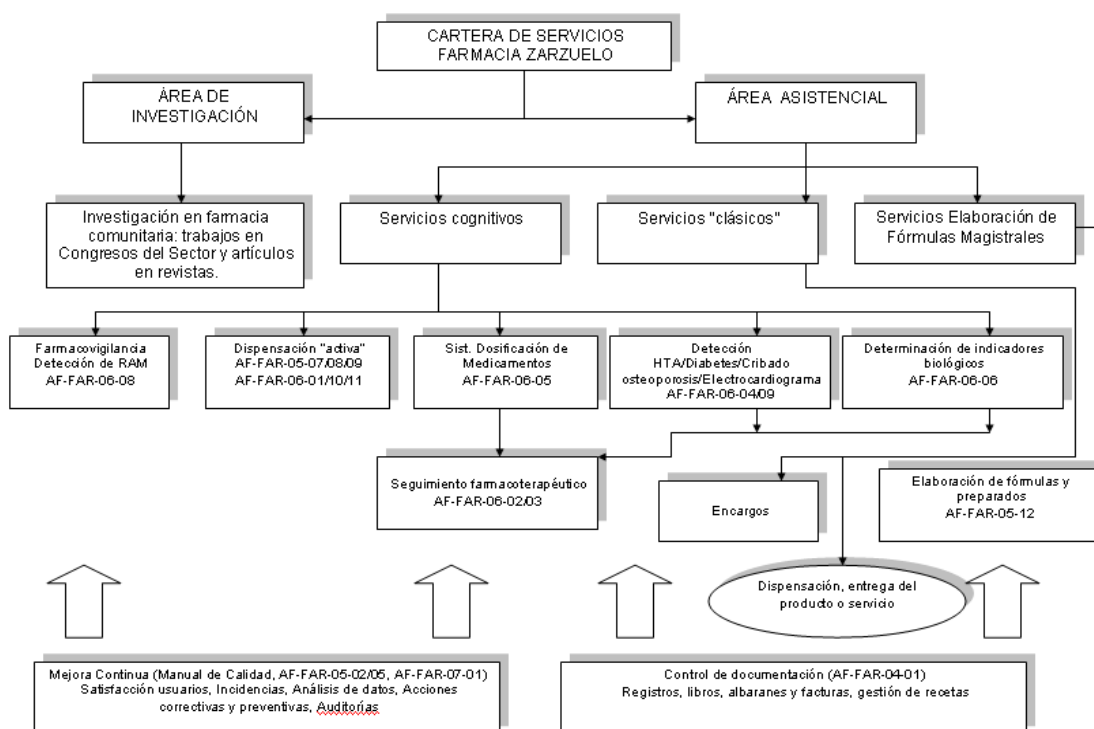


Figura 15. Cartera de servicios

Bibliografía

1. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria* 2007; 39 (9): 465-72.
2. Álvarez de Toledo F et al. Atención Farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 375-88.
3. Arroyo L, Puche M, Ramos R, March JC. Diez años de atención farmacéutica en España: explorando la realidad. *Pharm Care Esp* 2011; 13(6): 289-295.
4. Machuca M, Oñate MB, Gutiérrez-Aranda L, Machuca MP. Cartera de servicios de una farmacia comunitaria. *Seguim Farmacoter* 2004; 2 (1): 50-53.
5. Martínez MV, Flores M, Espejo J, Jiménez P, Martínez F, Bernabé E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 2012; 44(3): 128-137.
6. Armando P, Semería N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en farmacias comunitarias. *Aten Primaria* 2005; 36(3):129-136.)
7. Anónimo. Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios STOPP. *Boletín Terapéutico Andaluz* 2012; 28(1).
8. Álvarez de Toledo F. La revisión de medicación a examen. *Pharmaceutical Care* 2012; 14(1): 33-42.