

SERVICIOS ASISTENCIALES Y CRONICIDAD

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA CRONICIDAD

La integración de la atención sanitaria se ha convertido en una prioridad para muchos sistemas de salud, especialmente para resolver problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios¹. No es que dispongamos de muchos estudios al respecto, pero éstos evidencian graves problemas de coordinación entre niveles asistenciales que se manifiestan fundamentalmente en:

- Ineficiencia en la gestión de recursos (duplicidad de pruebas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, etc.)
- Pérdida de continuidad en los procesos asistenciales (falta de seguimiento al alta de pacientes hospitalizados, etc.)
- Disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...)^{2,7,9}

En todas las patologías crónicas, la coordinación interniveles es especialmente importante ya que de su buen funcionamiento puede depender la evolución favorable o no del paciente, en función de los tiempos de respuesta que la organización sea capaz de ofrecer⁴.

Por otro lado, el desarrollo de las tecnologías permite compartir información en tiempo real y, por lo tanto, establecer planes secuenciales o protocolos de actuación donde se produzcan acciones coordinadas. Antes de nada, es preciso conocer algunos términos relacionados con la continuidad asistencial cuyos conceptos deben quedar claros y adquieren un significado propio^{4,5,6}:

Longitudinalidad (Starfield B): “Presencia y utilización de una fuente asistencial regular a lo largo del tiempo”. Referente en salud con el que el paciente pueda establecer una relación de confianza.

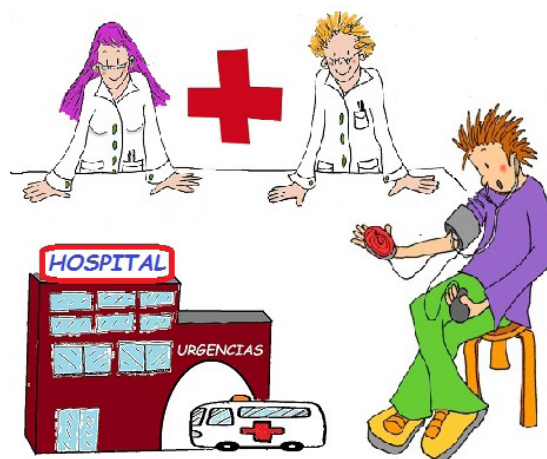
Integralidad: Implica la valoración del paciente como un todo, siendo éste el centro de atención y no su problema/s de salud. Atender al paciente, no a sus órganos o aparatos sino entendiendo que los buenos resultados en salud dependerán también de su estado emocional y su entorno.

Coordinación (Starfield): Integración de todos los servicios relacionados con la salud con independencia del lugar donde se reciban.

Continuidad: Existen varias definiciones sobre en que debe consistir la continuidad asistencial, pero se han definido tres tipos de continuidad asistencial que recogen varias dimensiones.

Continuidad de relación: Percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con los proveedores de salud. Es fundamental la generación de un vínculo entre el paciente y el proveedor que le atiende. Esto implica que el paciente sea atendido siempre por los mismos proveedores de salud. Si el paciente es atendido siempre por el mismo proveedor de salud cada vez que solicita una cita, es más fácil que se establezca una relación de coresponsabilidad que si en cada visita es atendido por un profesional diferente.

Continuidad de información: La continuidad de información debe enfocarse, por una parte, a la transferencia de información entre proveedores de salud, teniendo acceso al servicio prestada en otro nivel asistencial y, por otra parte, a la información acumulada sobre el paciente en cuanto a sus valores, preferencias y contexto social. Este conocimiento permitirá la planificación del tratamiento de forma más efectiva e individualizada.



Continuidad de gestión: El paciente percibe que los diferentes servicios se prestan de manera coordinada, complementaria y sin duplicidades. Esta continuidad de gestión requiere una coherencia del cuidado y tiene especial relevancia cuan-

do la atención es suministrada por diferentes profesionales. También requiere flexibilidad y accesibilidad para hacer los cambios necesarios en los planes de tratamiento cuando las necesidades y eventos que puedan presentar los pacientes lo requieran.

Tabla 1. Atributos que definen cada una de las dimensiones de la continuidad son⁷.

TIPO	DIMENSIÓN	ATRIBUTOS
Continuidad de la información	Transferencia de la información clínica	Conocimiento de la historia clínica
		Entrega de la información adecuada y oportuna al paciente
		Utilización de mecanismos de transferencia
	Conocimiento acumulado	Conocimiento de las necesidades del paciente
		Conocimientos de las creencias, valores y contexto social
Continuidad de la relación	Vínculo paciente-proveedor de salud	Confianza entre proveedor de salud y usuario
		Sensación de responsabilidad clínica por parte del equipo
		Comunicación efectiva/ entrega de información adecuada
		Sentimiento de pertenencia
	Consistencia del personal	Número de proveedores por patología
		Duración de la relación
Continuidad de la gestión	Coherencia del cuidado	Coordinación entre proveedores de salud
		Correcta secuencia de la atención
		No duplicidad de documentos/ exámenes
		Seguimiento apropiado del paciente
	Accesibilidad y flexibilidad entre niveles	Oportunidad en el acceso
		Tiempo de espera adecuado

Vista la importancia de la continuidad asistencial como un proceso general y conceptual, desde el punto de vista farmacéutico es importante centrarse en una visión más pragmática, focalizada en todo lo relacionado con la prescripción de fármacos y la continuidad del proceso asistencial.

Los estudios sobre prescripción de medicamentos a pacien-

tes remitidos desde la atención hospitalaria a la atención primaria, y viceversa, ponen de manifiesto la existencia de una diversidad de problemas que pueden limitar la continuidad asistencial en detrimento de los pacientes y los profesionales sanitarios.

Existen multitud de estudios que plantean o evalúan intervenciones en torno a la coordinación terapéutica entre niveles asistenciales⁸:

Tabla 2. Estudios de evaluación de intervenciones entorno a la coordinación terapéutica.

AUTOR	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	VARIABLES	RESULTADOS
Oliva et al	Evaluar la calidad de prescripción mediante el uso de un formulario	Formulario de Atención Primaria	% casos con fármacos seleccionados	Mejoras en determinados indicadores
Smith et al	Evaluar la efectividad e impacto de un servicio de atención compartida	Programa de intervención frente a control. Incluye formación, gestión de casos y comunicación estructurada	Psicosocial, biofísica y de proceso	Mejoras en la dimensión psicosocial y de proceso, no en resultados biofísicos
Holm et al	Evaluar la efectividad e impacto de un servicio de atención compartida	Programa de intervención frente a control. Incluye la responsabilidad compartida, intercambio de información, formación y guía de práctica clínica	Periodo en control terapéutico	Incremento significativo del control terapéutico en el grupo de intervención
Mant et al	Evaluar el cumplimiento de un programa de mejora de la información sobre la prescripción	Instauración del programa y postevaluación	Porcentaje de pacientes con información	Incremento de la información sobre tratamientos en los dos ámbitos
Van der Kam et al	Analizar si la prescripción electrónica entre el médico y la farmacia mejora la calidad de la información sobre el tratamiento	Comunicación electrónica frente a papel	Porcentaje de fármacos recordados	La prescripción electrónica mejora el grado de concordancia, no la información relevante

De acuerdo con todo cuanto hemos visto hasta ahora y en base a los estudios realizados estas son algunas de las potenciales ventajas de la continuidad asistencial⁹:

- 1. Mayor Longitudinalidad** (mismo equipo de salud a lo largo del tiempo)
- 2. Mayor Integralidad** (única fuente de atención —curativa, preventiva, rehabilitadora— para cualquier cuidado).
- 3. Más Coordinación** (interrelación entre todos los profesionales)
- 4. Más Continuidad**
- 5. Mayor Orientación Comunitaria**
- 6. Mayor satisfacción de los usuarios**
- 7. Menores costes económicos**
- 8. Mejores resultados en salud**
- 9. Más equidad** (menores desigualdades en salud)

Actualmente, las estrategias de mejora de la continuidad asistencial siguen siendo un reto no conseguido que tienen

los Sistemas Sanitarios Públicos y, por ello, es necesario avanzar decididamente hacia políticas de coordinación entre los distintos niveles de asistencia, tanto sanitarios como sociales, para que el ciudadano perciba continuidad en el proceso diagnóstico, de tratamiento y de cuidados.

El paciente es único.

Uno de los principales argumentos que justifican la necesidad de garantizar la continuidad de la asistencia es que los ciudadanos están cada vez más y mejor informados, con mayor capacidad de elección y, por lo tanto, de comparación. En consecuencia, el usuario de los servicios de salud exige claramente que los servicios se adapten a sus necesidades y por lo tanto, que se den respuestas organizativas a las mismas^{10,12}. La hipótesis es que el paciente debe ser el centro del sistema sanitario, por lo que la mejor farmacoterapia se conseguirá cuando los servicios se integren en función de la persona (paciente). Las aportaciones que

tanto el Farmacéutico de Hospital como el Comunitario, integrado en el equipo asistencial, puede realizar a tal fin van desde la selección de los principios activos y sus formas de dosificación, hasta la validación de la farmacoterapia y la puesta en marcha de mecanismos de dispensación de una alta fiabilidad¹¹.

La individualización de farmacoterapias, sobre todo de coste elevado, es especialmente compleja y puede plantear además dilemas éticos, por lo que se precisan sistemas de análisis de decisión. Dichos sistemas se basan en la determinación de la alternativa terapéutica más eficiente (empleando para ello las mejores evidencias disponibles de eficacia/efectividad) y en el establecimiento de niveles a los cuales deben tomarse las decisiones en función de su dificultad. Este sistema se ha aplicado a supuestos teóricos y casos reales cuyas conclusiones se han aplicado, con resultados muy satisfactorios (tratamiento con inmunoglobulinas en la enfermedad de Guillain-Barré, utilización del anticuerpo monoclonal HA-1A en sépsis por gram negativos, terapia de sustitución con Alglucerasa en la enfermedad de Gaucher)¹⁷.

Para una farmacología individualizada de calidad son necesarias una serie de intervenciones orientadas al profesional y otras orientadas al paciente:

Orientadas al profesional:

- Información de medicamentos y evaluación de los nuevos. (evidencia disponible).
- Indicadores de Calidad.
- Selección de fármacos e integración en Guías de práctica clínica para patologías crónicas (Farmacia Comunitaria) y agudas (Farmacia Hospitalaria).
- Guías terapéuticas.

Orientadas al paciente^{13,14}:

Apoyo, no culpa. El paciente debe sentirse acompañado en el manejo de la Farmacoterapia, no siendo justo ni eficaz descargar en él toda la responsabilidad de un problema de ésta.

Individualización. Es muy necesario conocer a fondo las características del paciente concreto y adecuar con distintas estrategias la intervención global a poner en marcha.

Vínculos de confianza. El establecimiento de un vínculo de respeto y confianza entre el profesional sanitario y el paciente permitirán que éste asuma como propias las estrategias planteadas, lo que lleva a menores tasas de abandono y mayor éxito del tratamiento.

Simplicidad. Evitar las intervenciones sofisticadas que puedan dificultar su implantación de forma generalizada son poco prácticas en el entorno real de una consulta.

Multidisciplinariedad. La prevención, detección y abordaje de problemas Farmacoterapéuticos no son competencia exclusiva del farmacéutico ni de una categoría profesional sanitaria determinada, sino abierta a la sinergia procedente del trabajo

de médicos, farmacéuticos, enfermeras, psicólogos, etc.

A continuación nos centramos en dos intervenciones muy relacionadas con la propia idiosincrasia del paciente y que resultan básicas para la optimización de los tratamientos:

1. Información de medicamentos.

A pesar de que los estudios en los que se utiliza la información/educación del paciente sobre su enfermedad y tratamiento son numerosos, sus resultados no son homogéneos y resulta difícil establecer su verdadera utilidad. No obstante, en general, si explicamos al paciente los posibles efectos adversos de un determinado tratamiento farmacológico, cuando se produzcan estos efectos, el paciente reaccionará mejor ya que estará prevenido. Este hecho, evitará abandonos de la terapia y repercutirá en un mejor manejo de estos efectos adversos y, por tanto, una mayor adherencia al tratamiento farmacológico.

En enfermedades crónicas cuya sintomatología no se manifiesta clínicamente sino que está silente (HTA, hipercolesterolemia, diabetes, etc.) será más importante aún, si cabe, explicar la importancia de una buena adherencia al tratamiento para evitar abandonos¹⁹, ya que el paciente está asintomático.

La información al paciente es, por consiguiente, un proceso clave en la dispensación de los medicamentos y habrá que tener en cuenta factores propios de cada paciente que harán que tengamos que modificar nuestro discurso en función de la edad, raza, nivel cultural/ social, gravedad de la patología, etc.¹⁵ Estas intervenciones incluyen información verbal y/o escrita y pueden ser realizadas por cualquier profesional sanitario (médico, farmacéutico, enfermera...) a través de cartas, folletos, soporte audiovisual o telefónico, sesiones individuales o grupales y a través de recomendaciones de páginas WEB y aplicaciones de información para pacientes¹⁶. En cualquier caso, la decisión final sobre qué estrategia seguir debe ser individualizada, teniendo en cuenta las circunstancias que rodean a cada paciente y su patología. Es imprescindible considerar e implicar al paciente como parte activa en la selección de una u otra estrategia. A fin de cuentas es el paciente quien toma la decisión final de tomar o no la medicación.

Aspectos clave:

- Por qué, para qué, cuándo y cómo tomar medicamentos; qué hacer si se me olvida; relevancia de los efectos adversos...).
- Información sobre la enfermedad y su evolución (Cual es su enfermedad, por qué es importante, causas, síntomas, factores que influyen...)
- Incidir en la información más relevante al principio y al final de la intervención.

Parece claro que la relación de calidad médico-paciente tiene mucha relevancia en la consecución de los resultados terapéuticos, pero el **farmacéutico** es el profesional sanitario que, normalmente, mantiene un contacto más frecuente con el paciente y conoce la enfermedad y su tratamiento, por ello es importante ganarse la confianza del paciente para que éste siga sus indicaciones.

Estos son algunos de los aspectos claves para establecer esa relación de confianza:

- **Habilidades para la interacción: amabilidad, ánimo, cercanía, cooperación.**
- **Escucha activa, percepción de temores o expectativas sobre el tratamiento y/o la enfermedad (p.ej. “si me encuentro mejor dejo de tomar la medicación”, “como no noto nada no lo tomo”, “dejar descansar al cuerpo” (temor a la adicción).**
- **Consideración de aspectos culturales (p.ej. ramadán)**
- **Potenciar la participación activa del paciente para integrar la nueva conducta en su actividad diaria.**

Además de esta información tendremos que tener en cuenta también otras situaciones relacionadas con el paciente y su cuidado, como es el entorno familiar²¹. La intervención en la implicación familiar puede favorecer aspectos como la adherencia al tratamiento, aunque se dispone de una escasa evidencia, los mejores resultados se han visto en pacientes con patología mental crónica¹⁷ donde, un entorno familiar adecuado, puede jugar un papel clave en la estabilidad de estos pacientes.

El objetivo básico para avanzar en la decisión compartida en cuanto a Farmacoterapia debe ser **que el paciente tome una decisión informada** basada en los siguientes principios básicos:

- Conocer las alternativas y sus consecuencias (balance beneficio-riesgo).
- Ponderar los aspectos positivos y negativos (efectos adversos).
- Hacer balance y decidir.

Si se cumplen estos principios conseguiremos aumentar la satisfacción e implicación del paciente y lo que es más importante: que este aumento de satisfacción repercuta en una mayor adherencia al tratamiento farmacológico y, por tanto, una mayor efectividad y eficiencia.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que para que todo esto funcione es necesaria la participación de todos, con pacientes interesados en participar en las decisiones, profesionales receptivos con capacidad y disponibilidad para dotar al paciente de la ayuda necesaria para la decisión y, finalmente, unas instituciones que incentiven una toma de decisiones de calidad frente al “mas es mejor” del sistema actual.

Responsabilidad.

Para los pacientes y familiares el trabajo en equipo, a menudo, crea una sensación ambivalente, ya que por una parte les parece muy bien y entienden que se debe realizar de este modo, pero por otra les genera cierta inseguridad la pérdida de un referente¹⁸.

Por lo tanto, es responsabilidad individual de los profesionales analizar de forma crítica y mejorar la calidad de los procesos asistenciales en los que intervienen y de los que son protagonistas. Los programas de integración no suponen necesariamente crear más recursos, sino hacer más eficaces los recursos de los que disponemos¹⁹.

Responsabilidad del Seguimiento Farmacoterapéutico

Los médicos y Farmacéuticos tienen responsabilidades complementarias y cooperativas para lograr el objetivo de proporcionar un tratamiento farmacológico óptimo. Esto necesita comunicación, respeto, confianza y reconocimiento mutuo de la competencia profesional de cada uno. El acceso de los médicos y farmacéuticos a la misma información precisa y actualizada es importante a fin de evitar la entrega a los pacientes de información contrapuesta.

En la década de los 90, en una publicación ya clásica titulada: “Oportunidades y Responsabilidades de la atención farmacéutica²⁰”, Linda Strand propone un nuevo modelo de ejercicio profesional, en el cuál el farmacéutico está estrechamente implicado en reducir la morbi-mortalidad asociadas a la utilización de medicamentos en todos los ámbitos asistenciales.

Cadena terapéutica del medicamento*

Proceso	Responsable
Diagnóstico clínico	Médico
Prescripción de medicamentos	Médico
Dispensación de los medicamentos	Farmacéutico
Administración de los medicamentos	Propio paciente, familiar, cuidador, enfermería, etc
Seguimiento paciente y medicación	Paciente: Médico y enfermería Medicación: Farmacéutico

*Adaptado de Herrera J. Objetivos de la atención Farmacéutica. Aten Primaria. 2002; 30: 183-7

Este modelo profesional se denominó “Pharmaceutical care” y se definió como la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Los resultados deben ser:

- Curación de la enfermedad
- Eliminación o mitigación de la sintomatología de la patología
- Interrupción o enlentecimiento del proceso patológico
- Prevención de la enfermedad
- Prevención de los efectos adversos de los medicamentos

Por tanto, la responsabilidad de los farmacéuticos consiste en identificar y cubrir las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes.

Así, los servicios sobre los que recae la responsabilidad del farmacéutico son²³:

Dispensación: El acto de la dispensación es un acto profesional complejo y nunca algo meramente mecánico, de forma que cuando el paciente acude a por un medicamento, el Farmacéutico debe dispensar el medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal establecida. Además debe informar y proteger al paciente ante la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos. La responsabilidad del Farmacéutico es que este servicio se preste al 100% de los pacientes.

Consulta o indicación farmacéutica: Es el servicio que debe dar respuesta ante la demanda de un paciente que consulta sobre un determinado problema de salud.

Seguimiento Farmacoterapéutico: El farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con la farmacoterapia mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y los demás profesionales sanitarios del sistema de salud, con el objetivo de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. Para realizar el Seguimiento Farmacoterapéutico es necesario que quien lo lleve a cabo posea tres características fundamentales²⁴:

- Ser un especialista en medicamentos. Es decir, estar en condiciones de tener a su disposición toda la evidencia científica disponible aplicada a un tratamiento farmacológico y un paciente concreto.
- Ser accesible para los pacientes y estar en condiciones de conocer a fondo la información del tratamiento farmacológico para controlar los problemas de salud que puedan aparecer.
- Motivación para ayudar a los pacientes a que obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que utilizan.

Así, si el Farmacéutico se concientiza de su responsabilidad y acepta el reto de colaborar con el equipo multidisciplinario de salud (médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios) que también trabajan en el cuidado del paciente, su papel será imprescindible.

El seguimiento de la farmacoterapia por parte del farmacéutico exige la participación activa e intervención directa del mismo, lo que supone aplicar con criterios asistenciales la metodología de la atención farmacéutica (protocolos) que debe ser conocida, en sus aspectos fundamentales, por todos los profesionales de la salud que constituyen los equipos de atención primaria. En la actualidad se dispone de dos propuestas metodológicas básicas:

Manual de procedimientos en atención farmacéutica y Metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes. Así, los resultados parciales del último, son claramente favorables a una asistencia global y comprometida, bajo la premisa esencial de la mutua colaboración entre los médicos y los Farmacéuticos.

Derivación

La Atención Primaria es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario y el objetivo de la misma es ofrecer una atención global, integrada, continuada y personalizada a los pacientes. La mayoría de las consultas se resuelven en Atención Primaria, pero aproximadamente un 5% de las mismas se derivan a atención especializada hospitalaria.

La derivación es la manera tradicional de relación entre niveles, especialmente entre la atención primaria y la especializada. Implica transferencia de responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente, pudiendo ser de cuatro tipos:

Provisional: El paciente es enviado para que reciba atención integral durante un periodo de tiempo limitado (intervención quirúrgica o un ingreso hospitalario de otro tipo).

Colateral: El primer proveedor de salud mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para que sea atendido por algún problema específico.

Cruzada: Puede darse en dos circunstancias: cuando el primer proveedor de salud que hizo la derivación no acepta más responsabilidad sobre su cuidado, o bien cuando un especialista que recibe a un paciente derivado, decide su remisión a otra especialidad al detectarle otro problema.

Fragmentada: Es la que habitualmente sucede entre especialistas ante pacientes pluripatológicos: uno atiende la cardiopatía, otro la diabetes, otro la disnea... pero ninguno asume una responsabilidad global del enfermo.

En general existe una comunicación bidireccional entre atención primaria y especializada donde el paciente queda justo en medio. Así pues, en este flujo de información son relevantes dos documentos de información:

- a) Hoja de derivación: deben constar antecedentes familiares y personales, tratamiento habitual, anamnesis de la enfermedad actual, exploración física y exploraciones complementarias y diagnóstico de sospecha.
- b) Informe de alta hospitalario: En las publicaciones de autores

españoles acerca de la calidad de los informes de alta hospitalarios se han descrito determinados problemas, como la variabilidad en la cumplimentación de los distintos apartados por parte de los médicos y de los servicios²⁹, la escasa información geriátrica en ancianos, el amplio uso de abreviaturas, la infra-notificación de enfermedades relevantes como la diabetes, el bajo cumplimiento de los apartados del plan terapéutico y de las recomendaciones de seguimiento²⁵, los problemas asociados a la conciliación del tratamiento y la necesidad de mejorar los datos demográficos y administrativos³⁰.

Existen varios estudios que ponen de relieve las carencias y la falta de calidad de los informes de alta hospitalarios como Sardá y cols.²⁸ Reyes y cols.²⁶ y Zambrana y cols.²⁷.

La mayor dificultad en la redacción de los informes de alta hospitalarios estriba en que tiene múltiples usuarios con intereses dispares y a veces contrapuestos. Entre los usuarios más importantes de los informes de alta hospitalarios están:

- 1) El paciente y su cuidador. Su interés se centra sobre todo en el diagnóstico, el tratamiento y las recomendaciones de seguimiento.
- 2) El médico de Atención Primaria cuya necesidad primordial es la información acerca del problema agudo que ha causado el ingreso, las secuelas, el tratamiento nuevo y las responsabilidades y plazos acerca del seguimiento.
- 3) El médico especialista, que espera rigor y exhaustividad en los fundamentos del diagnóstico y tratamiento, y una información acerca de los datos complementarios y pruebas realizadas.
- 4) El codificador clínico, cuyo interés fundamental son los diagnósticos y procedimientos, principales y secundarios, así como las complicaciones.

Derivación en el ámbito de la atención farmacéutica.

La implantación de los procedimientos de Atención Farmacéutica (Art. 84, Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos) ha llevado a detectar situaciones relativas a la farmacoterapia cuya resolución excede la competencia de los farmacéuticos. Por ello, surge la necesidad de derivar al paciente a otro profesional sanitario para una atención eficaz. En el caso de los farmacéuticos comunitarios, la derivación se realiza especialmente a los médicos de Atención Primaria, por su mayor accesibilidad.

La derivación del farmacéutico al médico (y viceversa) es, por tanto, una necesidad y una obligación profesional para ofrecer una correcta atención sanitaria.

Existe una clasificación de Derivaciones Farmacoterapéuticas (disponibles en <http://www.fb4d.com/pdf/clasificacion.pdf>) cuya estructura y terminología utilizada sigue las normas de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), por lo que a los códigos de tipo alfanumérico con dos dígitos se les llama "rúbricas". El primer dígito corresponde a una letra, los denominados "capítulos", que en la clasificación de

derivaciones farmacoterapéuticas (CDF) son cuatro ("E", "I", "N" y "S"). El segundo dígito consta de un número del cero al nueve, son los llamados "componentes". La palabra o expresión que acompaña a cada rúbrica se denomina como "título de la rúbrica".

La selección de los conceptos correspondientes a los cuatro nombres de capítulos que agrupan las posibles derivaciones ha tenido lugar porque se considera que se facilita el procedimiento de evaluación de la farmacoterapia individual. Además, estos conceptos concuerdan con los criterios de calidad aplicados a la evaluación de medicamentos por las administraciones sanitarias (EMEA, FDA) que definen:

- La necesidad o existencia de indicación.
- La efectividad o prueba de utilidad terapéutica en la indicación determinada.
- La seguridad o valoración de si el riesgo expuesto es tolerable en aras de la eficacia demostrada.

Dentro de esta iniciativa se propone un modelo de hoja de interconsulta disponible también en la dirección anterior.

Los resultados de esta iniciativa en dos procesos crónicos de alta prevalencia como son ASMA e Hipertensión se encuentran en sendos documentos disponibles en <http://www.medafar.com>. En esta experiencia se registraron un total de 310 situaciones de las cuales se derivaron un 52% a los médicos de atención primaria. Del total de estos pacientes, un 77% eran hipertensos y un 23% asmáticos. Los médicos respondieron mediante el documento elaborado para la interconsulta en un 49% de las derivaciones recibidas. Las conclusiones preliminares de este trabajo son que la comunicación entre Farmacéuticos y Médicos de atención primaria es posible y repercute en un mejor cuidado del paciente. No obstante, son necesarios más estudios donde se utilice esta u otras herramientas de comunicación entre Médicos y Farmacéuticos para corroborar estos resultados.

Trabajo en equipo

El concepto de atención farmacéutica establece que el paciente es el principal beneficiario y que se debe satisfacer una necesidad social basada en el uso adecuado de los medicamentos y el control de la morbi-mortalidad provocada por éstos. Para que esto sea completo es necesario el trabajo en equipo con el resto de los profesionales de salud con el fin de asegurar una farmacoterapia apropiada, efectiva, segura y eficiente.

Este concepto, en la práctica, trae grandes beneficios al paciente, que empieza a obtener un servicio personalizado y a mejorar su calidad de vida, y para el farmacéutico, que obtiene una mayor participación y reconocimiento en los equipos de salud. Por otra parte, para los servicios de salud, la AF logra un uso adecuado de los medicamentos y una reducción en los gastos por RNM e ingresos hospitalarios por incumplimiento.

BIBLIOGRAFIA:

1. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin* 1999; 112(Supl 1):97-105
2. Terraza R, Vargas I, Vazquez MA. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6):485-95
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
4. Fernández A y Ollero M. Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Rev Esp Salud Pública.* 2010; 84: 349-51
5. Galvez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Medicina de Familia (And)* 2003; 1: 58-66
6. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform. *Can Fam Physician.* 2010; 56: 273-82.
7. Aller MB, Vargas I, Sanchéz-Pérez I, Henao D, Coderch de Lassaletta J, Llopard HR et al. La constinuidad asistencial tre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública.* 2010; 84: 371-87
8. Haukoos JS, Newgard CD. Advances statistics: missing data in clinical research.: an introducing and conceptual framework. *Acad Emerg Med.* 2007; 14: 662-8.
9. Fernández E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria.* 2007;39(1):15-21
10. Fernández A, García JL, Palmero C, García B, Páez JM, Álvarez M, et al. *Rev Clin Esp.* 2007; 207(10): 510-20
11. Peña-Gil C, Comín-Colet J. integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2007; 7: 21C-9C
12. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mc-Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327:1219-21.
13. The Joint Commission. National Patient Safety Goals [Internet]. 2010 [cited 2011 Feb 17]. Available from:http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSGs_HAP.pdf
14. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
15. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005;29(2):40-8.
16. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health-Syst Pharm* 2003; 60: 657-65
17. Aplicaciones móviles para apoyar al cuidado del paciente. *Pharm Letter* 2013; 15: 153-160.
18. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2005; 29(2): 40-8
19. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. *FMC* 2001; 8: 558-73.
20. Medina Asensio J. Adaptando la organización a las necesidades de los pacientes. Ponencia al XXVI Congreso de la SEMI. 2006
21. Ollero Baturone M, Álvarez Tello M, Barón Franco B, Bernabéu-Wittel M, Codina Lanaspa A, Fernández Moyano A, et al. PAI Atención al paciente pluripatológico (Edición 2007). Consejería de usuario 2007.
22. Rincón M. Ramírez Duque N, García Morello, S. Cassani M, Bernabéu-Wittel M, Yerro V, et al. Participación, grado de satisfacción y contribución de los programas de colaboración entre internistas y médicos de familia. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2006.
23. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005; 79: 633-43
24. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990; 47: 533-43
25. Dáder F, Introducción a la atención farmacéutica. Curso de postgrado, Introducción práctica a la Atención Farmacéutica. Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, España, 2001.
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención Farmacéutica. 2001, Madrid. España.
27. Fernández-Llmos F. Curso 3. Problemas relacionados con los medicamentos. Conceptos y clasificación. *El farmacéutico.* 2002; 275: 54-61
28. Machuca M, Fernández Llmos F. Respuestas sobre Atención Farmacéutica, (Seguimiento del tratamiento farmacológico). Granada, España. 2001.
29. II Plan de Calidad 2005-2008. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía
30. Contrato Programa hospitales 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es