



PROGRAMA MEGARA

PROYECTO PILOTO PARA LA INSTAURACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL DE MEJORA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA A PACIENTES DEPENDIENTES DEL ÁMBITO RURAL

Informe de resultados





Contenido:

1. INTRODUCCIÓN	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. MÉTODO.....	9
5. EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	17
6. SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN.....	20
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22



1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios en todo el mundo están cambiando para responder a los nuevos desafíos sanitarios, sociales y económicos. Los principales factores que motivan este cambio son: el aumento de la esperanza de vida acompañado de un envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y la polimedicación, y el aumento de la complejidad de la farmacoterapia.

A nivel sociodemográfico, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la población mayor de 65 años en España es actualmente el 18,2% del total, y se estima que podría pasar al 24,9% en 2029 y al 38,7% en 2064. En Soria los datos son más dramáticos, en la actualidad los mayores de 65 años ya suman el 25,33% del total, siendo el 10,8% los habitantes mayores de 80 años.

Los ciudadanos mayores de 65 años se caracterizan por un marcado perfil de pluripatología, estimándose que un **35-40% son polimedicados**, además de ser frecuente que presenten algún grado de dependencia.

Por tanto, cronicidad, envejecimiento y dependencia representan los nuevos retos en el campo socio-sanitario actual. Estos desafíos requieren una mayor personalización de la atención sociosanitaria y una respuesta integral a los problemas de salud. Esta respuesta debe ser proporcionada por todos los profesionales, trabajando en coordinación y colaboración activa, buscando sinergias entre todos los agentes sociales y sanitarios.

Las farmacias comunitarias, por su cercanía y accesibilidad, y los farmacéuticos, por su formación y profesionalidad, son idóneos para dar respuesta a muchas de estas necesidades, aportando continuidad asistencial, integración de procesos y coordinación sociosanitaria.

Las farmacias comunitarias, por su cercanía y accesibilidad, y los farmacéuticos, por su formación y profesionalidad, son idóneos para dar respuesta a muchas de las necesidades de la vida diaria de las personas mayores.

Estas son las directrices que marcan la filosofía del **Programa MEGARA**, impulsado desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria. En las que se ha tenido en cuenta, por un lado, las **características sociales y geográficas de la provincia de Soria**, y en especial las necesidades de las personas mayores de su medio rural (aislamiento, limitaciones en el acceso a recursos, dificultad de apoyos entre la familia y cuidadores, reticencias para el abandono de su domicilio y entorno...).

Pero también, por otro lado, la **situación de la farmacia rural** donde se encuentra en la actualidad el mayor porcentaje de oficinas de farmacia de

PROGRAMA MEGARA



viabilidad económica comprometida (VEC) de todo el país, en base a los criterios que marca la legislación nacional.

Es por ello, que el **Programa MEGARA** busca alianzas con diferentes instituciones y asociaciones, en las que, contando con el apoyo de los agentes sociales, se consiga mejorar el acceso de la población a los servicios profesionales farmacéuticos, especialmente para colectivos en situación de dependencia, e independientemente de cuáles sean las características de su localidad de residencia. Entendiendo como servicios profesionales farmacéuticos aquellas actuaciones profesionales de valor y coste-eficientes, que potencian y fortalecen la labor asistencial del farmacéutico, y de las que el principal beneficiario siempre es el ciudadano.

Pero todo ello, sin perder de vista la importancia de conseguir la sostenibilidad del modelo farmacéutico español, y de la empobrecida farmacia rural que le sostiene. La farmacia comunitaria es un servicio básico que actualmente es y, así debe seguir siendo, fácilmente accesible para toda la población, independientemente de su lugar de residencia, lo que representa **una batalla más en la lucha contra la despoblación** en muchas pequeñas localidades.



2. JUSTIFICACIÓN.

Los medicamentos constituyen uno de los principales recursos terapéuticos en el proceso asistencial, y su uso en las personas mayores presenta una serie de particularidades derivadas de los cambios que se producen en el cuerpo humano con el paso de los años. Pero además de las alteraciones que forman parte del proceso normal de envejecimiento, las personas de edad avanzada a menudo sufren varias enfermedades a la vez (pluripatologías). De hecho, en este grupo de población, casi el **80% sufre alguna enfermedad crónica** como diabetes, hipertensión, artrosis o insuficiencia cardiaca. Por otra parte, la pérdida de memoria, las alteraciones visuales o auditivas, la soledad y la disminución de las capacidades intelectuales, son otros factores que dificultan seguir adecuadamente tratamientos complejos.

La OMS define adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente se corresponden con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. Por tanto, un paciente adherente sería aquel que toma la medicación prescrita en la dosis, el momento y el modo correcto.

Basándonos en datos publicados a nivel nacional, se ha encontrado que hasta **un 50% de pacientes no son adherentes**, es decir, no toman los medicamentos que le ha prescrito el médico cómo y cuándo deben. Para el paciente esto puede suponer problemas de salud, y para el sistema tiene importantes repercusiones sanitarias, económicas y sociales. Como puede ser terminar con la institucionalización del paciente en un centro sociosanitario.

A esta situación, compartida a nivel nacional, hay que sumarle las dificultades asociadas a las características del medio rural soriano. De las 492 entidades de población presentes en la provincia de Soria, **solamente 36 municipios superaban los 200 habitantes en 2010**. En estos pequeños núcleos, las consultas médicas están reducidas a unas pocas horas semanales, y los centros de salud muchas veces son poco accesibles para los vecinos de estos pueblos, y tienen que depender de terceras personas.

La población rural soriana, altamente envejecida, presenta un elevado porcentaje de pacientes crónicos complejos y que, pese a padecer diversas

La población rural soriana, presenta un elevado porcentaje de pacientes crónicos complejos que no disponen de un correcto acompañamiento familiar por lo que su adherencia a las terapias no es óptima



patologías simultáneas, no disponen de un correcto acompañamiento familiar y su adherencia a las terapias no es óptima.

Actualmente, la dinámica de las políticas sociales va orientada a la mejora de la calidad de vida, facilitando un envejecimiento activo y la participación en todos los ámbitos de la vida comunitaria. Por ello, **apuestan por facilitar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno**, trabajar por mantener su autonomía personal, y buscan prevenir o paliar el deterioro físico y mental.

Para que esto sea posible es necesario el desarrollo de nuevas estructuras que aporten los apoyos necesarios para conseguirlo, y que deberán estar reforzadas en el medio rural, donde confluye **dispersión, aislamiento social, menor accesibilidad a los servicios sanitarios** y, en muchas ocasiones, situaciones de dependencia.

Desde la farmacia comunitaria, con un profesional sanitario especialista en medicamentos al frente, se puede ayudar en este soporte desde diferentes ángulos, entre ellos mediante la instauración de un **programa de mejora de la adherencia terapéutica**.

Este establecimiento sanitario es adecuado para ofrecer este servicio por tres razones:

- **Accesibilidad y cercanía:** la relación de confianza de los pacientes a su farmacéutico, y la disponibilidad horaria de los mismos, es mayor que para otros profesionales sanitarios.
- El farmacéutico es el **especialista en medicamentos** del sistema sanitario en base a su formación.
- La farmacia es donde se dispensan los medicamentos, por lo que es el **sitio perfecto** para controlar las fechas de retirada de la medicación, detectar faltas de adherencia y realizar mensajes sanitarios de refuerzo a los pacientes. Así como controlar otro tipo de medicamentos y productos que esté tomando el paciente, que por no ser necesaria la receta médica para su dispensación, es más difícil su control desde el centro de salud.

El mensaje y las intervenciones del farmacéutico tratan de aumentar el conocimiento del paciente sobre su medicación y a concienciarle sobre el papel relevante que tiene en su propio tratamiento. Pero también, puede proporcionarle herramientas que mejoren su cumplimiento terapéutico, como son los sistemas personalizados de dosificación.



Por lo tanto, este programa busca **atender las necesidades de la vida diaria de sus beneficiarios con el fin de incrementar su autonomía**, posibilitando la permanencia en su hogar y retrasando, mientras no resulte inevitable, su ingreso en centros residenciales.

Para ello disponemos de una farmacia cercana y profesional, que es un punto de referencia de salud para toda la población. El 90 % de la población que vive en la provincia de Soria tiene una farmacia en su localidad de residencia, y la distancia media entre municipios sin oficina de farmacia a su farmacia más cercana es menor a 10 Km.

En las zonas rurales el mantenimiento de los servicios es muy complicado, pero **es fundamental para evitar su abandono y el agravamiento de la despoblación**. Las farmacias, como pequeñas empresas que son, ayudan a la generación de puestos de trabajo, a la fijación de población y contribuyen a garantizar un servicio sanitario de calidad.

A través de proyectos como éste, el Colegio de Farmacéuticos de Soria trabaja en potenciar y desarrollar iniciativas que ayuden a visibilizar el papel que puede desempeñar la farmacia en la sociedad y que mejoren su sostenibilidad, siempre ofreciendo un valor añadido al ciudadano.

Este programa busca atender las necesidades de la vida diaria de sus beneficiarios con el fin de incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su hogar y retrasando, mientras no resulte inevitable, su ingreso en centros residenciales.



3. OBJETIVOS.

Objetivo Principal

Garantizar la accesibilidad a determinados servicios profesionales ofrecidos por la farmacia comunitaria, a aquellas personas con tratamiento farmacológico complejo que viven en su domicilio en el medio rural soriano y que se encuentran en situación de dependencia o aislamiento, con el fin de conseguir una mayor seguridad y efectividad de la medicación, y mejorar su salud y calidad de vida.

Objetivos Secundarios

O1: Detectar y resolver problemas en la utilización de los medicamentos.

A1: Revisión de tratamientos y del uso de los medicamentos.

O2: Incrementar el conocimiento y mejorar las actitudes que tienen los pacientes respecto al manejo de su medicación.

A2: Educación sanitaria dirigida a la población.

O3: Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes polimedicados del medio rural soriano.

A3: Entrega de materiales para la mejora del cumplimiento terapéutico y adiestramiento en el uso de los mismos.

Población diana

Este programa se ha ofrecido a pacientes con tratamiento farmacológico complejo (con más de 4 fármacos o con medicamentos con pautas complejas) que cumplieran alguno de los criterios de inclusión:

- Pacientes en los que, por sus características personales (polimedicados, tratamientos con pautas complejas, personas mayores con problemas de organización de los medicamentos, personas que viven solas en casa y no tienen una persona de referencia, etc.), se intuye un posible incumplimiento terapéutico.

- Personas discapacitadas o con autonomía reducida para autoadministrarse la medicación.

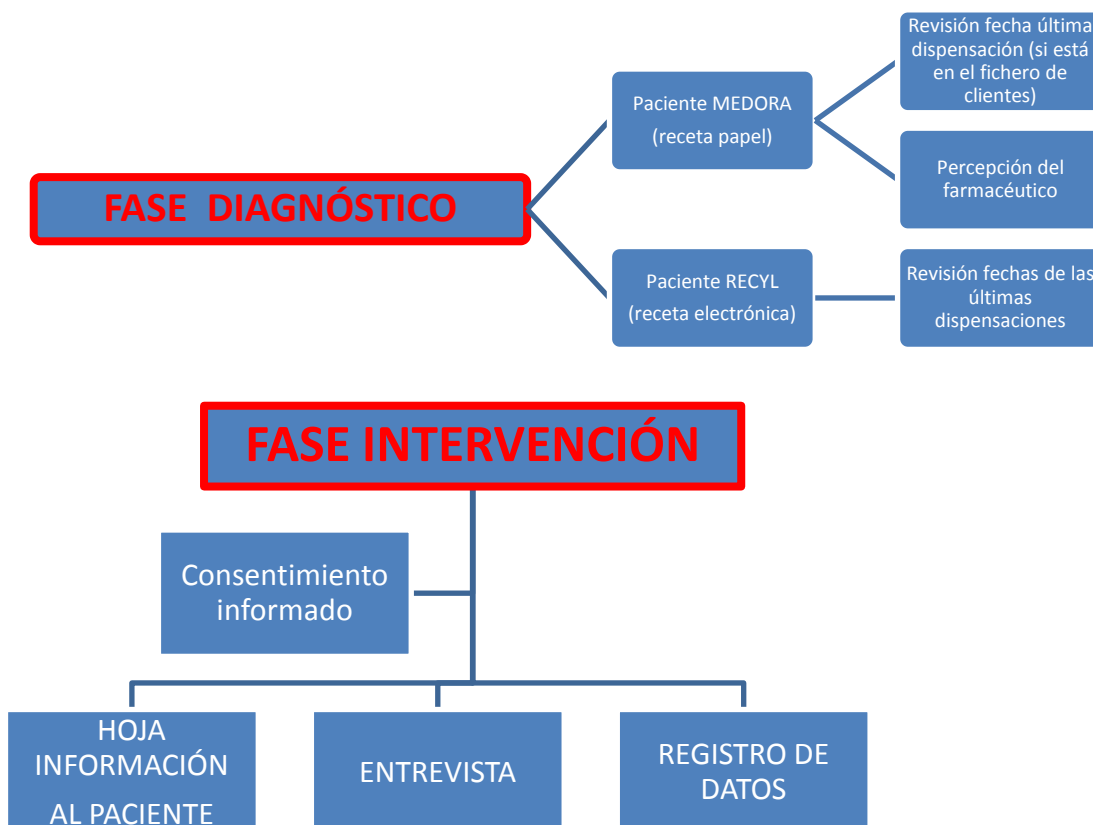


4. MÉTODO.

Actividades

Una vez identificados los pacientes, éstos y/o sus familiares y cuidadores fueron informados de las características básicas del servicio. Los pacientes derivados a la farmacia desde otro ámbito (centros de salud, personal técnico de los CEAS) y que eran potenciales usuarios del servicio, fueron evaluados e informados de las características del proyecto por parte del farmacéutico.

La información al paciente, su autorización y requerimientos para la inclusión en el proyecto se han realizado con acuerdo a los procesos habituales de buena práctica clínica. Antes de empezar con los servicios de atención farmacéutica, el paciente que aceptó la inclusión en el servicio, debía obtener de su médico la información sobre el tratamiento farmacológico prescrito para poder desarrollar correctamente las actividades planteadas en el protocolo. Desde la farmacia comunitaria se comunicaba con el centro de salud para informar del interés del paciente en entrar en el proyecto, así como de la valoración del farmacéutico sobre la idoneidad de su entrada.





Posteriormente, el farmacéutico concertó una entrevista con el paciente y/o cuidador donde se realizó una evaluación del grado de adherencia a su tratamiento mediante el Test de Morisky-Green y la verificación del grado de conocimiento sobre cada uno de los medicamentos, centrándose en los siguientes aspectos: identificación, indicación, posología y modo de administración. En dicha entrevista, el farmacéutico recabó información de otros medicamentos no prescritos por el médico y cualquier otro tratamiento no farmacológico que estuviera siguiendo el paciente.

Cuando fue necesario y en el momento de la dispensación se reforzó la información correcta mediante consejo breve oral o aportando información escrita, proporcionando un mensaje coherente con la información contenida en la Hoja de Medicación.

Tras confirmar los problemas de adherencia del paciente, se le explicó la mecánica de los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD) siguiendo el protocolo SPD-CONCYL.



Se define SPD como la actividad de la Atención Farmacéutica mediante la cual el paciente recibe la medicación prescrita por su médico, preparada por la oficina de farmacia bajo la supervisión y verificación de un farmacéutico, en dispositivos tipo blíster con alveolos en los que se distribuye la medicación que toma el paciente para un tiempo determinado. Este sistema no permite la manipulación de los alveolos por el paciente, a diferencia de un pastillero convencional.

Su objetivo es evitar confusiones y facilitar al máximo el tratamiento, siendo especialmente útil en pacientes que toman más de cuatro fármacos, utilización de dosis decrecientes, alternadas o irregulares, o en pacientes con discapacidad visual.

PROGRAMA MEGARA

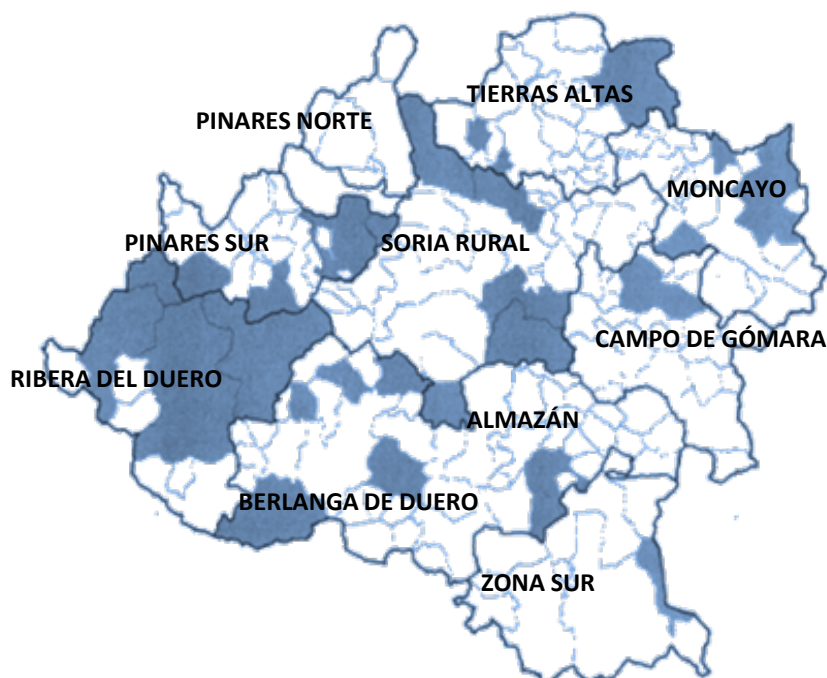


Una vez transcurridos al menos 3 meses desde el inicio de la intervención, en las últimas semanas del proyecto, el farmacéutico concertó una nueva visita con el paciente donde se valoraron los resultados de la intervención y se volvió a evaluar el cumplimiento terapéutico y el grado de conocimiento del tratamiento.

Además, el farmacéutico le facilitó al paciente un cuestionario de satisfacción de los servicios prestados.



4. RESULTADOS.



4.1 Características de la muestra:

Se invitó a participar a 49 farmacias de 44 localidades distintas, de las que finalmente han participado **21 farmacias** (43% de las farmacias) correspondientes a 21 localidades distintas (48% de las localidades), que corresponden a **9 de las 10 zonas CEAS de la provincia**.

Las farmacias que no pudieron incluir pacientes alegaron motivos de falta de tiempo para iniciar un proceso de intervención tan elaborado, habida cuenta que comenzaba el periodo estival, con el aumento de población consecuente en la zona rural; o la ausencia de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y que quisieran participar en el proyecto.

Los farmacéuticos que finalmente han colaborado en el proyecto han incluido un **total de 80 pacientes en el proyecto**. Lo cual da como resultado una media de de 3,8 pacientes por farmacia.

Han abandonado el proyecto antes de su conclusión un total de 6 pacientes: 1 de ellos por fallecimiento, 1 de ellos por llevar un elevado número de medicamentos distintos (21) que hacía complicada la adaptación a los blíster de



SPD, y 4 de ellos porque no se han adaptado al uso de los SPD y han decidido abandonar el proyecto.

Tabla 1. Zonas CEAS a las que pertenecen las farmacias participantes en el proyecto y distribución del número de pacientes.

Localidad de la farmacia	Nº Pacientes	Zona CEAS
Morón de Almazán	2	Almazán
Berlanga de Duero	1	Berlanga de Duero
Retortillo de Soria	4	Berlanga de Duero
Recuerda	5	Berlanga de Duero
Tajueco	5	Berlanga de Duero
Almenar de Soria	5	Campo de Gómara
Ágreda	1	Moncayo
Castilruiz	2	Moncayo
Abejar	1	Pinares Sur
Cabrejas del Pinar	4	Pinares Sur
Fuentearmegil	5	Pinares Sur
Valdemaluque	5	Pinares Sur
Alcubilla de Avellaneda	7	Ribera del Duero
Cubo de la Solana	1	Soria Rural
Garray	4	Soria Rural
Matamala de Almazán	6	Soria Rural
Los Rábanos	6	Soria Rural
El Royo	7	Soria Rural
San Pedro Manrique	2	Tierras Altas
Valdeavellano de Tera	4	Tierras Altas
Santa María de Huerta	3	Zona Sur



4.2 Descripción de los pacientes:

Han participado en este proyecto 80 pacientes, de los cuales 37 eran hombres, y 43 mujeres. La media de edad de los pacientes participantes fue de 82 años, con una desviación estándar de 7,9 años, siendo la mediana de 83 años. **Casi el 70% de los pacientes tienen más de 80 años**, mientras que en el estrato de <60 años, se incluye sólo 1 caso correspondiente a un paciente que tiene reconocido grados de discapacidad (67%) y de dependencia, y que fue derivado a la farmacia por el personal técnico de CEAS de la zona de Moncayo.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por edad.

Edad	Nº pacientes	Porcentaje
<60	1	1,25%
60-80	23	28,75%
>80	56	70,00%
Total	80	100,00%

En el 34% de los casos, los pacientes tienen reconocido un grado de dependencia y/o de discapacidad.

Del total, 28 de los pacientes viven solos y 34 viven con personas que o son mayores de 70 años o que tienen reconocido algún grado de discapacidad o dependencia. Por lo tanto, **casi el 80% de los pacientes no tiene un correcto acompañamiento familiar** o no el que sería deseable para asegurar su correcto cuidado. Cabe destacar que **15 pacientes tienen más de 80 años y viven solos**.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según su acompañamiento familiar.

Edad	Nº pacientes	Porcentaje
Solos	28	35,0%
Conviven con otra persona > 70 años	34	42,5%
Acompañados por una persona <70 (que no sea discapacitada)	18	22,5%
Total	80	100,0%



El **92,5% de los pacientes viven en localidades de menos de 500 habitantes**, el 52,5% en localidades de menos de 100 habitantes.

Tabla 4. Distribución de los pacientes por el tamaño de la localidad donde residen.

Tamaño población	Nº pacientes	Porcentaje
<100	42	52,5%
100-200	14	17,5%
200-500	18	22,5%
>500	6	7,5%
Total	80	100,0%

El 33,75% de los pacientes viven en localidades que no tiene oficina de farmacia ni botiquín farmacéutico en su localidad, y para el 55% de los pacientes el médico pasa consulta 3 días a la semana o menos.

Esto implica que para casi el **60% de los pacientes cuentan con la presencia del farmacéutico en su localidad durante al menos 5 días y 30 horas a la semana**, mientras que para ese porcentaje de pacientes el médico está en el pueblo como máximo 3 días sumando hasta 6 horas a la semana, estando en muchas de las localidades menos de 2 horas.

Tabla 5.- Distribución de los pacientes por el número de días de consulta médica que tienen a la semana en la localidad donde residen.

Nº días	Nº pacientes	Porcentaje
Solo bajo demanda	5	6,25%
1	11	13,75%
2	7	8,75%
3	21	26,25%
4	9	11,25%
5	23	28,75%
7	4	5,00%
Total	80	100,00%



4.3 Datos de salud:

En total se había prescrito **677 medicamentos**, siendo omeprazol (n=47), ácido acetilsalicílico (n=27) y atorvastatina (n=23) los medicamentos prescritos con más frecuencia. De esta forma, se ha obtenido una media de **más de 8 fármacos por paciente** ($\bar{x}=8,57$, $\sigma=2,57$).

En la extensa lista de medicamentos prescritos predominan los fármacos para la hipertensión arterial y las cardiopatías en general, así como para síndrome metabólico, lo que se considera un dato esperable por la media de edad tan alta de la población estudiada.

Tabla 6.- Distribución de los pacientes por el número de medicamentos.

Nº medicamentos	Nº pacientes	Porcentaje
<6	11	13,8%
6-10	49	61,2%
>10	20	25,0%
Total	80	100,00%

Los pacientes tienen diagnosticados como media 4 patologías distintas, según los datos referidos y obtenidos de los informes clínicos facilitados.

4.4 Coordinación multidisciplinar:

El proyecto establecía una forma de trabajo reticular en la que se buscarían los apoyos de los centros de salud y del personal técnico de los CEAS siempre que fuera necesario. Desde el departamento de servicios sociales se informaría a los Centros de Acción Social, y en base al protocolo marcado en el convenio, las farmacias se encargaban de informar a los centros de salud de la naturaleza del proyecto y de los pacientes que se iban a incorporar.

Durante el desarrollo del programa, el farmacéutico se puso en contacto con el médico siempre que detectara una incidencia, ya fuera un problema relacionado con el medicamento, la detección de un resultado negativo asociado a necesidad, efectividad o seguridad, así si fuera necesario la conciliación de la medicación tras un alta hospitalaria.



5. EVALUACIÓN DEL PROYECTO.

INDICADORES DE COBERTURA

<p>IC1: Cobertura de pacientes incluidos en programa =</p> $\frac{\text{Nº pacientes incluidos en programa}}{\text{Estimación del Nº pacientes polimedicados existentes en la misma zona}}$
<p>VALOR IC1 obtenido= 1,33%</p>
<p>IC2: Tiempo promedio que siguen los pacientes el programa =</p> $\frac{\Sigma (\text{Nº pacientes incluidos} \times \text{Nº semanas seguidos})}{\text{Nº pacientes}}$
<p>VALOR IC2 obtenido= 17,72 semanas</p>

INDICADORES INTERMEDIOS DE ACTIVIDAD

<p>IA2: Número promedio de medicamentos por paciente=</p> $\frac{\Sigma \text{Nº medicamentos}}{\Sigma \text{Nº pacientes}}$
<p>VALOR IA2 obtenido= 8,2 medicamentos</p>
<p>IA3: Mejora en el conocimiento del paciente =</p> $\frac{\% \text{ cumplimiento según test Morisky a los 6 meses programa} - \% \text{ cumplimiento inicial}}{\% \text{ cumplimiento según test Morisky a los 6 meses programa} - \% \text{ cumplimiento inicial}}$
<p>VALOR IA3 obtenido= 58,44% de mejora</p>
<p>IA4: Cuantificación del % de semanas en las que la adherencia ha sido correcta=</p> $\frac{\text{SPD devueltos vacíos}}{\text{SPD dispensados}}$
<p>VALOR IA4 obtenido= 97,5% de las semanas</p>

INDICADORES DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA

<p>IS1: Grado de satisfacción de los usuarios del programa: Se evaluará mediante encuesta.</p>
<p>VALOR IS1 obtenido= 4,75 puntos (escala de 1 a 5)</p>



Evaluación del cumplimiento terapéutico

El cumplimiento terapéutico engloba dos conceptos: la observancia en la toma de dosis y forma de administración y la persistencia en la duración del tratamiento prescrito. Uno de los instrumentos de medición de la adherencia más utilizado es el cuestionario de forma autorreferida de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols.

A partir de los resultados del test de Morisky-Green se evaluó el cumplimiento terapéutico antes y después de la intervención.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir: No/Sí/No/No.

Las preguntas, son las siguientes:

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

Antes de la intervención, de los 74 pacientes que completaron el programa, 18 (24,3%) de ellos se consideraban buenos cumplidores, mientras que después de la intervención, 59 (79,7%) han sido los pacientes que alcanzaron la máxima puntuación. Con lo que se deduce que gracias a la intervención farmacéutica se **ha mejorado el cumplimiento en 41 de los 74 pacientes que han participado en el proyecto piloto, es decir en un 55,4% que representa un aumento del 227%.**

Se ha realizado una análisis estadístico de los datos mediante un test de T pareada, obteniéndose una mejora en las puntuaciones de 1,14 puntos (de 2,66 a 3,80) y una alta significancia estadística ($P < 0,0001$).



Evaluación del grado de conocimiento del tratamiento

Para la evaluación del grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su tratamiento, se le ha realizado antes y después de la intervención mediante una encuesta sencilla de 3 preguntas:

1. ¿Sabe para qué es el medicamento?
2. ¿Sabe cuándo tomarlo?
3. ¿Sabe cómo tomarlo?

Según la respuesta obtenida se asigna un puntuación diferente (Si: 1; Parcialmente: 0,5; No: 0) a ese paciente, siendo el máximo de 3 puntos.

A partir de los resultados obtenidos se observa que de los 74 pacientes que completaron el programa, al inicio sólo 18 (24,3%) de ellos conocían su tratamiento adecuadamente, mientras que después de la intervención han sido 47 (63,5%) pacientes los que conocían su tratamiento adecuadamente (respondiendo a todas las respuestas correctamente).

Con lo que se puede deducir que gracias a la intervención farmacéutica, **han mejorado el conocimiento de su tratamiento a un nivel óptimo 29 de los 74 pacientes que han participado en el proyecto piloto, es decir un 29,2% de los pacientes, lo que representa un aumento del 161%**

Se ha realizado un análisis estadístico de los datos mediante una prueba de T pareada, obteniéndose una mejora en las puntuaciones de 0,69 puntos (de 2,04 a 2,73) y una alta significancia estadística ($P < 0,0001$).

Evaluación del número de ingresos hospitalarios

Se ha observado un **descenso de más del 80% entre el número de ingresos hospitalarios** ocurridos en los 6 meses anteriores a la entrada del proyecto ($n=16$) y los acaecidos durante el proyecto ($n=3$).

Tras realizar una corrección por los diferentes tiempos en las 2 fases, ya que el proyecto finalmente ha cubierto menos de 20 semanas, se realizó un análisis logístico de los datos, comprobándose un efecto significativo del programa en la disminución de ingresos ($P=0,015$).



6. SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN.

Satisfacción del paciente / cuidador

En general, los pacientes y cuidadores que han participado en el estudio **están satisfechos con su participación en el proyecto piloto, piensan que ha mejorado su calidad de vida.**

Destacar que tanto pacientes como cuidadores han comunicado que recomendarían a otros pacientes participar en el proyecto, y **tienen mucho interés en que el proyecto continúe.**

Son numerosos los comentarios de cuidadores (que en la gran mayoría de los casos son personas mayores) que se muestran satisfechos porque con este servicio se ha simplificado el control de la medicación, con el alivio en la responsabilidad que conlleva. También refieren un aumento en la cercanía y la posibilidad de preguntar dudas o comentar temas relacionados con el cuidado del paciente al farmacéutico.

A continuación se transcriben algunos de los **testimonios de pacientes y/o cuidadores** recibidos:

- "Ahora la medicación está más ordenada, ya que ha pasado de tener un cajón lleno de cajas a tener prácticamente toda la medicación ordenada en el SPD".

- "Nos ha descargado de responsabilidad, preocupación y trabajo. Antes la auxiliar de domicilio se encargaba de la medicación. De esta manera nos aseguramos que Matilde toma correctamente la medicación y la auxiliar puede dedicar su tiempo a otras labores para las que está más preparada" .

- "Asunción, que es discapacitada mental, se queda sola por el día mientras que sus familiares trabajamos. Con el sistema SPD conseguimos mayor seguridad de que se toma bien su tratamiento".

- "Tenemos una auxiliar de domicilio 2 horas al día pero coincide con la hora de tomar la medicación. Me encargo de las medicinas de mi marido pero a veces se me olvida o me lio. Con este sistema estoy más tranquila de que mi marido toma el tratamiento de la forma correcta".



Satisfacción del farmacéutico

La opinión de los farmacéuticos es muy buena. Todos recomiendan ampliar el proyecto en el tiempo y a mayor número de pacientes y farmacias.

Respecto a los aspectos que consideran adecuados para mejorar la asistencia al paciente desde el punto de vista de la atención farmacéutica a personas dependientes, las respuestas de los farmacéuticos han sido las siguientes:

- Sería interesante el facilitarles el acceso a su medicación cuando les resulta difícil desplazarse.
- Es importante captar el interés de las personas del entorno del paciente e implicarles en la responsabilidad del tratamiento.

Testimonios de farmacéuticos:

- "Bondad reconoce el color y la forma de las pastillas, pero no recuerda para que son. Así que si se las cambian (por cambio de laboratorio o de tratamiento no se las toma) se lía. Con el SPD se evita este problema".
- "Gloria antes de la entrada en el proyecto recogía los envases de forma caótica y no se tomaba correctamente la medicación. Además, cuando se cansaba de "tomar tanta pastilla" reducía las dosis a su conveniencia. A partir de la entrada en el proyecto y la preparación del SPD, Gloria está tomando su medicación de manera continuada, y sus familiares están mucho más tranquilos".
- "M^a Carmen es diabética y su glucemia estaba descontrolada. Adapta sus horarios a los turnos de trabajo de su marido que son irregulares, por lo que en numerosas ocasiones no recordaba tomar la medicación con la comida. Con la entrada del proyecto se lleva a cabo una revisión de la medicación conjunta entre la farmacéutica y el médico. Con la utilización del SPD no le sobra ni le falta ningún comprimido, se lleva un seguimiento semanal desde la farmacia de la adherencia al tratamiento y su glucemia está controlada".
- "Lourdes sufre ansiedad y depresión por lo que no tener un exceso de medicación en casa asegura que no tome mas tranquilizantes de los necesarios".



7. BIBLIOGRAFÍA

Alonso T, MT Alonso-Ruiz, A Arana, R Gallego, N Gálvez, G Lozano, JL Herrero, E Jaramillo, J Martín, F Saiz. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología (SOGGEX) (III). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:193-205.

Centro de Estadística de la Junta de Castilla y León
http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284159001552/_/_/_

Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. *Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007*. Valladolid, 2005.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Resultados preliminares del Programa Adhierete. *Panorama Actual del Medicamento 2014*; 38 (379): 1088-1094

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Informe de resultados del Programa ConSIGUE: Programa para la implantación y futura sostenibilidad del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico en la Farmacia Comunitaria. 2017. www.portalfarma.com

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Informe de resultados del Proyecto Piloto de Implantación de un Servicio de Atención Farmacéutica a Personas Dependientes- Proyecto AFADEP. 2009-2010. www.portalfarma.com

García Ortega C. J Almenara Barrios. MA Vázquez Ramos. Cambios demográficos y asistencia geriátrica. *Med Integr*. 2002;40:370-5.

Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. *Guía de Recursos para las Personas Mayores 2002*. Valladolid, 2002.

Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. *Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo*.Valladolid, 2016.

Instituto Nacional de Estadística.

Llamas del Castillo MD. Conocimientos de los ancianos institucionalizados sobre sus enfermedades y tratamientos farmacológicos. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 358-369.

Lledó Polo P. Atención farmacéutica: el aporte de la oficina de farmacia al cuidado de las personas mayores (I). *El Farmacéutico* 2003; 293: 38-41.

Lledó Polo P. Atención farmacéutica: el aporte de la oficina de farmacia al cuidado de las personas mayores. Conceptos generales (y II). *El Farmacéutico* 2003; (294):46-59.

Martín Molpeceres N. Prevención desde la oficina de farmacia. Consejo e información al anciano y/o cuidador. *El Farmacéutico* 2003; 306: 40-48.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74

Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Val Jiménez A, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. *Aten Primaria* 1992; 10: 767-70.