

# Post MIDYEAR2016

Share and Grow

INFORME DE SEGUIMIENTO Y  
CONCLUSIONES POSTMIDYEAR2016



# ÍNDICE

[pág. 4]	<b>Introducción</b>
[pág. 5]	<b>Sesión Inaugural</b>
	<b>Liderazgo del Farmacéutico Hospitalario para mejorar la atención al paciente. Paul W. Abramowitz</b>
[pág. 11]	<b>Mesa I</b>
	<b>Conocimiento y liderazgo transformador. Ana Herranz</b>
	<b>Comunicación transformadora. José Luis Poveda</b>
	<b>Farmacogenómica y Big Data. María Antònia Mangues</b>
[pág. 17]	<b>Mesa II. Pacientes, sociedad e innovación</b>
	<b>La ciencia de los datos. Jose Manuel Martínez</b>
	<b>Línea estratégica de la SEFH. Montserrat Pérez.</b>
	<b>MESA III. Evaluación y resultados en salud</b>
	<b>Evaluación de seguridad de los opioides. Sandra Flores</b>
	<b>Seguridad en el manejo de medicamentos peligrosos. Olga Delgado</b>
[pág. 25]	<b>Evaluación de eficacia en medicina de precisión. M<sup>a</sup> Jesús Lamas</b>
	<b>Transparencia en la evaluación de la eficacia. Sandra Flores</b>
	<b>Evaluación económica en biosimilares. María Jesús Lamas</b>
[pág. 30]	<b>Mesa Clausura</b>
	<b>Retos y oportunidades de los farmacéuticos de hospital. Rita Shane</b>

# INTRODUCCIÓN



El pasado 7 de Febrero de 2017 se celebró en Madrid la **jornada Post Midyear 2016**, reuniendo a más de un centenar de expertos en farmacia hospitalaria. Esta es una jornada anual que organiza la **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** con el objetivo de resumir las conclusiones del **Congreso de la Sociedad Americana ASHP** (*American Society of Health System Pharmacists*).

El **Dr. Miguel Ángel Calleja**, presidente de la SEFH, inauguró la jornada agradeciendo el trabajo y esfuerzo, a todos los ponentes que tienen una amplia experiencia en farmacia hospitalaria, por realizar un excelente trabajo de síntesis, y agradeció la presencia del Dr. Abramowitz, CEO de la ASHP, y de Rita Shane, *Chief Pharmacy Officer* en el *Cedars-Sinai Medical Center*, que aportaron un gran valor añadido a esta jornada.

Lo más significativo de esta jornada ha sido destacar el papel fundamental que está adquiriendo el farmacéutico hospitalario en la atención al paciente y el papel de líder que, como consecuencia de ello tiene que adquirir en su servicio.

## SESIÓN INAUGURAL

### Liderazgo del Farmacéutico Hospitalario para mejorar la atención al paciente.

*Paul W. Abramowitz*

La sesión inaugural corrió a cargo del Dr. Paul W Abramowitz, CEO de la ASHP desde 2011 con amplia experiencia en el Sector Hospitalario, que empezó afirmando que todos los farmacéuticos son líderes ya que todos deben liderar en algún ámbito ya sea a los pacientes, ya sea a los miembros del equipo. Para definir como debe ser este liderazgo presentó los siguientes contenidos



### Perspectivas del liderazgo contemporáneo

Para poder ser un líder efectivo en cuidados para el paciente en un Servicio de Farmacia, es muy importante la autenticidad del individuo. Es decir, hay que entender las debilidades y las fortalezas de uno mismo para saber dónde y qué es lo que está mejorando. Un buen líder debe inspirar y crear un sentido de pertenencia a sus seguidores, tanto a los pacientes como a sus compañeros.

**Un líder auténtico alinea los valores, el propósito y las motivaciones.** Y siempre demuestra una transparencia y comunicación abierta. Esto quiere decir que sabe explicarle al paciente de forma clara por qué necesita ese tratamiento o por qué se le ha cambiado y que no debe dejarlo. Es importante ir más allá con el paciente y tener una buena comunicación.

No se puede ser eficaz como líder si no se entienden las individualidades de cada miembro que forma el equipo, y más si tienen que trabajar como conjunto. Un buen líder tiene que descubrir, desarrollar y celebrar lo que es distinto en cada persona, sus individualidades. Intenta entender la fortaleza individual y la debilidad para poder convertirlas en rendimiento. Se deben ver las **diferencias en las personas** para saber retar a cada miembro del equipo a que rindan el máximo posible, siempre a su manera, dejando que crezca.

Los líderes también tienen que **capitalizar en las singularidades**, lo que quiere decir que deben aprovechar las habilidades naturales, en lugar de centrarse en las debilidades, y esto deben hacerlo tanto de cara a los pacientes como de cara a los miembros de su equipo. De esta manera se conseguirá que tanto los miembros del equipo como los pacientes

se sientan más responsables, fortaleciendo así el sentido del equipo porque se está creando interdependencia y ayudando a las personas a apreciar las habilidades de los demás. En liderazgo, cada individuo cuenta, cada uno es importante. Se puede decir que hay dos tipos de líderes que se clasifican de la siguiente manera:

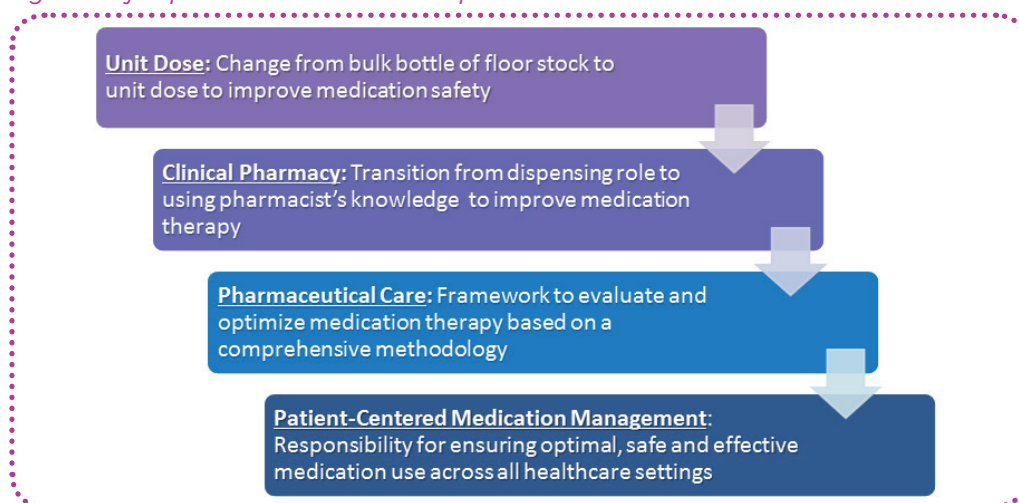
- **“L grande”** son los líderes que poseen un título, pueden ser Gerentes, Directores o incluso un Gestor de Farmacia.
- **“I pequeña”** son los demás. Se les considera igual de importantes que a los “L grandes”. Son personas que tienen que ser líderes en lo que hacen y demostrarlo durante su turno. Tienen que tener iniciativa y deben ejercer una influencia positiva en los demás y tener pasión por lo que hacen.

La **Insatisfacción Constructiva** es un término que proviene de un concepto antiguo, y al que ahora se da mayor importancia. Se acuñó por el fundador de UPS, James E. Casey a principios del siglo XX. Esta expresión se define como la evolución constante que hay que llevar para avanzar y adaptarse a las condiciones que se presentan. Hay que permanecer flexible para evaluar el contexto de una situación y de esta manera apoyar la toma de decisiones de forma eficaz. Este atributo implica que nunca hay que quedarse satisfecho y que siempre hay que buscar formas de mejorar. Se trata de evolucionar hacia algo positivo.

La **Innovación Disruptiva** es otro atributo de liderazgo. Esta expresión la acuñó Clayton Christensen, profesor de Negocios en Harvard. Es un proceso en el que un producto o servicio, de aplicaciones sencillas, empieza en lo más bajo de su mercado, pero se va afianzando y subiendo de forma exponencial y agresiva a lo más alto del mercado, desplazando al resto de competidores que ya estaban asentados. Existen ejemplos en el ámbito sanitario en Estados Unidos, como por ejemplo las clínicas minoristas y pequeñas, donde se puede entrar sin cita y la atención es rápida, tanto por parte del médico como por parte de las enfermeras. Esto disminuye la necesidad de ir a una clínica más grande porque los medios son prácticamente los mismos. La empresa Theranos es un ejemplo de empresa del sector sanitario de Innovación Disruptiva.

En este tipo de liderazgo hay que **mantener un status quo para abarcar el cambio**. Siempre hay que pensar en novedades, aunque creen conflictos productivos, para mantenerse arriba como líderes y asegurar que se les puede aportar lo mejor a los pacientes ampliando los servicios farmacéuticos con nuevas ideas.

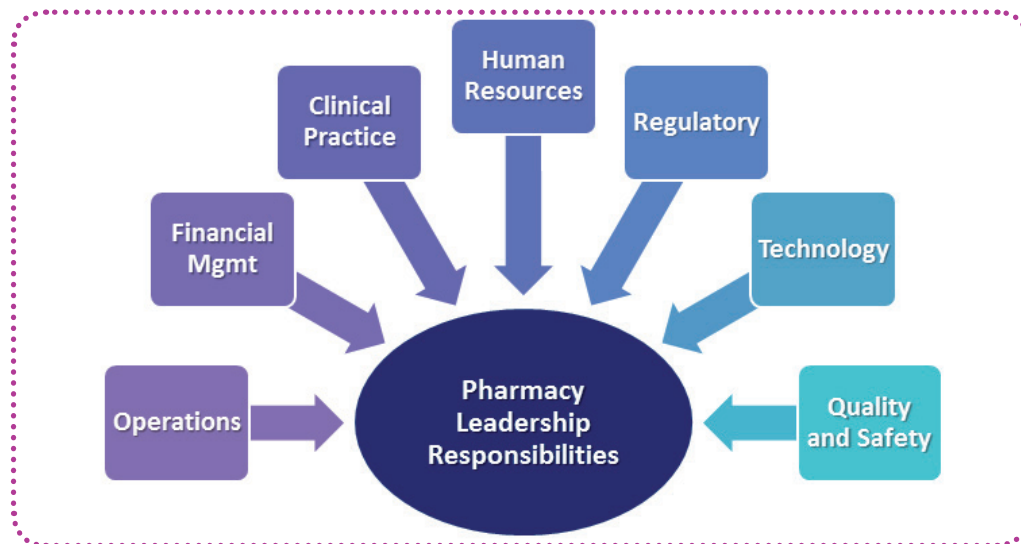
*Figura 1: Ejemplos de Innovación Disruptiva en el Sector Farmacéutico.*



El Dr. Abramowitz puso varios ejemplos de líderes disruptivos en el entorno farmacéutico: Harvey A.K Whitney, fundador del ASHP y Michael Cohen ejemplo de “I pequeña” que ahora se ha convertido en “L grande” y que fue el primero en reconocer los errores en la medicación de los pacientes. También mencionó a Joseph A. Oddis, antiguo CEO de la ASHP (1960-1997) y Mary Anne Koda-Kimble, otro ejemplo de “I pequeña” que se convierte en “L grande”.

## Conocimiento en liderazgo farmacéutico, habilidades y atributos

Figura 2: Conocimientos y habilidades que tiene que tener un líder farmacéutico.



Los conocimientos y las habilidades se van adquiriendo, y cuanto más alto sea el cargo que tiene el implicado, cuanto más alta sea la posición que ocupe, más conocimientos tendrá para llevar a la práctica y ser mejor en su trabajo adquiriendo mayores responsabilidades.

Un líder debe desarrollar una serie de atributos. Saber crear un entorno de evolución, un entorno educativo, ser positivo y mentor, tener la capacidad de trabajar en equipo y llevar a cabo un liderazgo transformacional y de inteligencia emocional son atributos importantes para desarrollarse como un buen líder.

Para **crear un entorno educativo** es fundamental saber escuchar, en el caso del farmacéutico, al paciente y a los miembros del equipo. Hay que hacer un intercambio de ideas entre todos los miembros para conseguir el éxito deseado. Un líder debe ser accesible y debe expresar la gratitud. Al paciente por seguir el tratamiento y por entender los efectos adversos, y a su equipo por el trabajo duro. El liderazgo es un equilibrio entre el logro de las metas y el cuidado del personal, compañeros y pacientes

Es importante tener **positividad** porque es contagiosa. Esto supone que hay que creer en el cambio y en los retos ya que son estos los que crean oportunidades, al contrario del “sí pero...”.

El **tutelaje (mentoring)** es un atributo que hay que llevar a cabo con las personas del equipo y los pacientes. Existen 2 tipos de tutelaje:

- **Tradicional** en el que se apoya el crecimiento del “protegido” entrenándolo, escuchándolo y guiándolo.
- **Reverso** donde los “protegidos”, en este caso los pacientes, son los que tutelan a los individuos que tienen la función de líder que podría ser el médico o farmacéutico. Este es un concepto nuevo que define un intercambio de conocimiento. El mentor aprende del paciente, lo que ayuda al paciente a comunicarse mejor gracias a la confianza que ha adquirido. De esta manera, el paciente da información sobre cómo ha funcionado el tratamiento, lo que supone una ayuda para mejorar la terapia en otros pacientes.

Es importante aplicar el concepto de “tutelaje reverso” en el equipo con el que se trabaja, hay que aprender también de los miembros que lo componen para saber cómo y qué enseñarles y qué cambiar de uno mismo para ser un buen líder de equipo.

Tener la **capacidad de trabajar en equipo** es importante para crear equipos inter e intra-profesionales dentro del Servicio de Farmacia. De esta forma se conseguirán mejores ideas y el trabajo funcionará como está previsto. Todos los miembros tienen que implicarse para no alterar el trabajo y esfuerzo del resto de compañeros.

El **liderazgo transformacional** es un atributo relevante. Se define por cuatro puntos importantes como son la estimulación intelectual, la motivación de la inspiración, el facilitar consideraciones individualizadas y la influencia idealizada para que se puedan identificar con el líder.

El último atributo es la **inteligencia emocional**. Este se considera igual de importante que las habilidades técnicas. Es esencial y debería ser “cultivado” en todos los farmacéuticos para que sean eficaces como líderes en el trato con pacientes o con el resto del personal sanitario, gracias a sus habilidades comunicativas adquiridas.

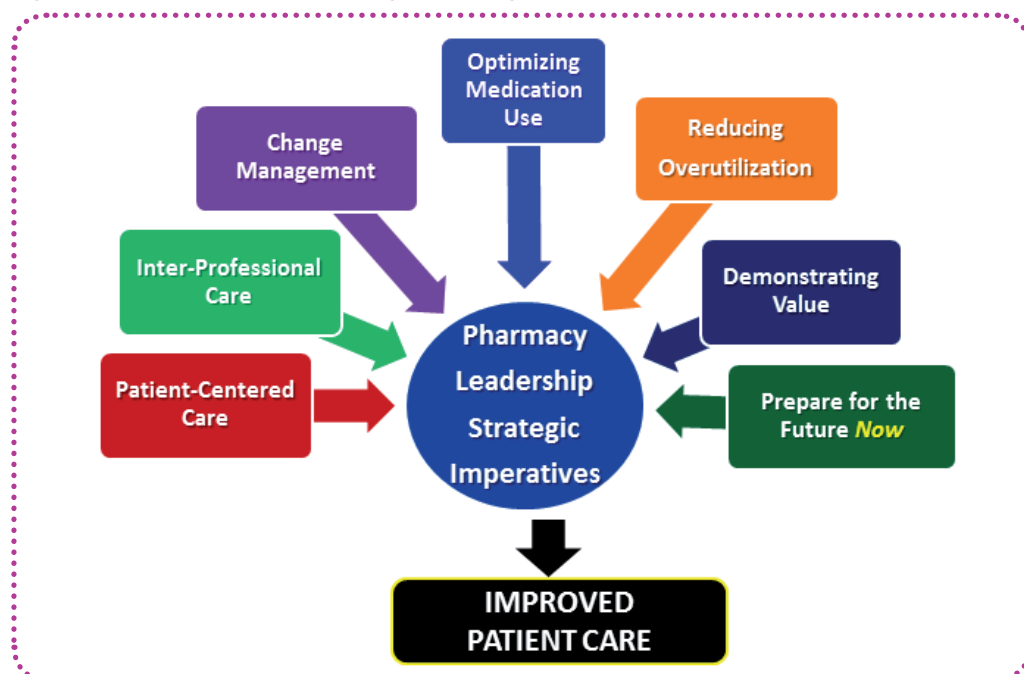
Es necesario inculcarlo desde la universidad porque se ha demostrado que es un elemento crítico para crear una cultura de seguridad. Se define de acuerdo a cinco puntos. Estos son la motivación, las habilidades sociales, la empatía, el auto conocimiento y la auto regulación.

Citó algunos ejemplos de líderes de excelencia, como es Paul Pierpaoli, primer presidente de ASHP, o Burnis Breland, director del Servicio Farmacéutico de varios centros de salud americanos.

## Imperativos del liderazgo estratégico en Farmacia

Para conseguir el objetivo principal, que es mejorar el cuidado del paciente, un buen líder debe aunar los imperativos del liderazgo estratégico, no dejando de lado ni la seguridad ni eficacia del medicamento.

Figura 3: Imperativos del liderazgo estratégico en el Servicio de Farmacia.



La Figura 3 muestra los imperativos farmacéuticos estratégicos más importantes en los que hay que centrarse. El cuidado interprofesional es un imperativo a tener en cuenta. Se debe dar valor a cada miembro del equipo, facilitar la atención al paciente. Todo esto lleva a cambiar los modelos de atención y a ser innovadores creando nuevas oportunidades en la práctica farmacéutica. En este modelo de cambio, hay que involucrar también a los estudiantes, residentes y demás miembros del equipo para organizar nuevos programas y servicios.



Es importante optimizar el uso de medicamentos. Para conseguirlo, se debe desarrollar un plan farmacoterapéutico interprofesional, que se entienda y que sea específico para cada paciente. En este plan hay que incluir un seguimiento del paciente para saber si se están consiguiendo los objetivos terapéuticos marcados. Para optimizar el uso de los fármacos, es fundamental involucrar al farmacéutico a la hora de prescribir ya que es uno de los que mejor conocen la terapia. De esta forma se reducirían, en el caso que fuera necesario, los cambios de las prescripciones que ha hecho el médico previamente. Es crucial reducir la sobreutilización de fármacos. Para ello, se tienen que desarrollar e implementar Guías Clínicas, reducir la polifarmacia y asegurar que se utilizan los fármacos que son más coste-efectivos.

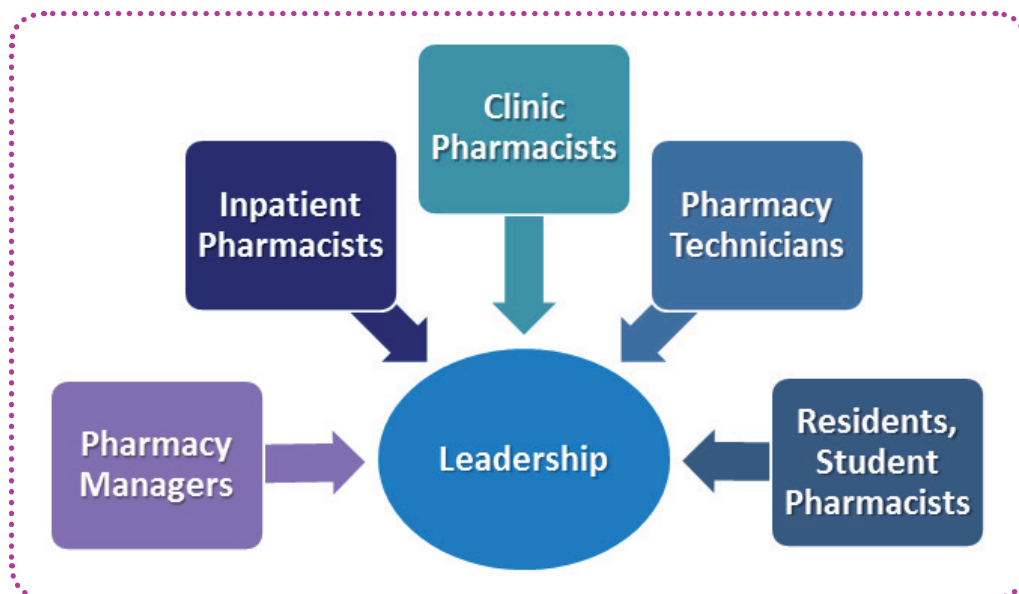
Un imperativo profesional importante es demostrar el valor y para ello se ha propuesto crear el **MED** (*Medication Effectiveness Dashboard*) con indicadores para medir la efectividad del Sistema de Uso de Medicamentos. En este Dashboard se incluyen resultados, datos de seguridad, de coste y de productividad para demostrar que el paciente tiene el mejor tratamiento.

Es ineludible prepararse para, en el futuro que ya está llegando, asegurar el buen cuidado del paciente. Así, es de vital importancia empezar a implantar las nuevas tecnologías en el Servicio Farmacéutico. Un ejemplo de esas tecnologías sería la farmacogenómica, que ya se emplea hoy en día en algunos Servicios.

## Liderazgo de excelencia a través de la empresa de farmacia mejorando el cuidado del paciente

El Dr. Abramowitz presentó distintos **modelos de liderazgo en “Práctica de Farmacia”**. Uno de ellos es el modelo de los farmacéuticos hospitalarios, considerados como “l pequeña”. Antes de establecerse el modelo de Sepsis que se presenta, se tardaban 7 horas y 30 minutos desde que entraba el paciente en el hospital hasta que se le administraba el tratamiento. Después de establecerse el modelo en el que se incluyó al farmacéutico en el equipo, el tiempo se redujo a 31 minutos. Lo que indica una clara reducción del tiempo, favoreciendo así el rendimiento para salvar más vidas.

Figura 4: El liderazgo requiere la participación de todas las “L”, ya sean grandes o pequeñas.

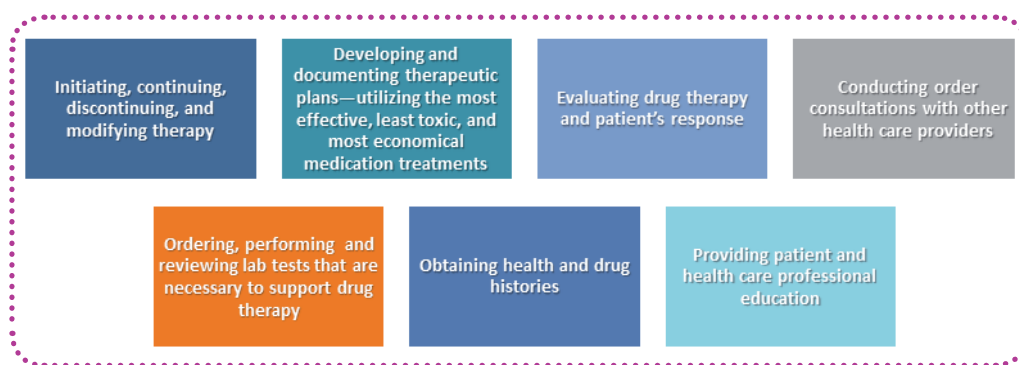


Otro modelo es el del Servicio de Urgencia. Aquí el papel del farmacéutico es muy importante en el servicio de administración antimicrobiana porque es el que puede ver si hay que ajustar la dosis. Se demostró que después de iniciar el Servicio de Farmacia en este departamento, se produjo un 80% tasa de intervención por los farmacéuticos

Otro de los modelos implica al farmacéutico clínico, y como ejemplo se muestra el modelo de manejo clínico de medicación en insuficiencia cardíaca. En este caso, el equipo interprofesional está liderado por un farmacéutico, y con esto, el reingreso se redujo del 30% al 3%.

El ponente consideró relevante presentar como ejemplo los **modelos integrales de liderazgo en farmacia**: *Veteran's Health Administration (VA)* ya que, en Estados Unidos, supone un importante modelo que ha integrado todos los modelos de liderazgo a todos los aspectos, como el paciente en la clínica u hospital. Es un modelo con el que se trata a más de 9 millones de pacientes al año y que consta de 168 centros médicos, los cuales reúnen a un total de aproximadamente 900 farmacéuticos, 600 residentes y 4500 técnicos y aproximadamente a 3600 especialistas de farmacia clínica. Los farmacéuticos hacen prescripciones independientes, y hoy en día es un modelo que funciona. (Figura 5).

Figura 5: Funciones que tiene el farmacéutico dentro de este modelo.



## Conclusiones

El Dr. Paul W. Abramowitz resumió su ponencia en los siguientes puntos:

- El liderazgo es un **proceso de continuo aprendizaje**.
- El **rendimiento individual** impacta en el rendimiento institucional y de la organización.
- Un liderazgo debe estar **centrado y ser eficaz** para el progreso de la práctica farmacéutica:
  - En el trato con los pacientes.
  - En la farmacia.
  - En la clínica.
  - En la oficina de administración.
- Los farmacéuticos tienen que **estar preparados adecuadamente** para asumir papeles de liderazgo y optimizar el cuidado del paciente.

## MESA I

### Conocimiento y liderazgo transformador. *Ana Herranz*

Esta mesa estuvo liderada por **Ana Herranz**, jefa de Sección de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, **M<sup>a</sup> Antonia Mangues**, jefa de Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Santa Creu i Pau de Barcelona y por **José Luis Poveda**, jefe del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe de Valencia. Todos fueron ponentes.

**Ana Herranz** inició su presentación con una afirmación general sobre el tema a exponer, y es que los americanos están muy preocupados por el liderazgo de todos los farmacéuticos que denominan las “I pequeñas”, ya que fue el foco de la mayoría de las presentaciones del Congreso Americano. A continuación expuso sus temas seleccionados acerca del liderazgo transformador.



### Claves de liderazgo transformador

**“Para cambiar algo hay que tener sentido de urgencia”.** No hay que conformarse con lo que hay, hay que ser autocrítico y evaluar lo que se puede cambiar.

Una clave fundamental del liderazgo es saber transmitir a cada miembro del equipo, y a uno mismo, que cada uno tiene que liderar su propio trabajo diario. Además, el líder tiene que influir en sus trabajadores, en los técnicos, en las enfermeras, en los médicos, y en general, en el entorno en el que trabaja.

Otra clave crucial es que hay que empezar por liderarse a uno mismo, conocer el líder que lleva uno dentro, y es necesario buscar a líderes de referencia que tengan valores que ayuden a evolucionar.

Cuando uno lidera un equipo, debe trabajar su capacidad de influencia para conseguir que el equipo se implique en alcanzar el objetivo marcado. Esta capacidad es lo que diferencia liderar y gestionar. El gestor ejecuta órdenes, y el líder influye, inspira y acompaña para conseguir los objetivos.

## El viaje al liderazgo 5 estrellas: Habilidades

Para que un farmacéutico hospitalario sea un buen líder en su campo, debe adquirir ciertas habilidades, en concreto las que presentó Ana Herranz.

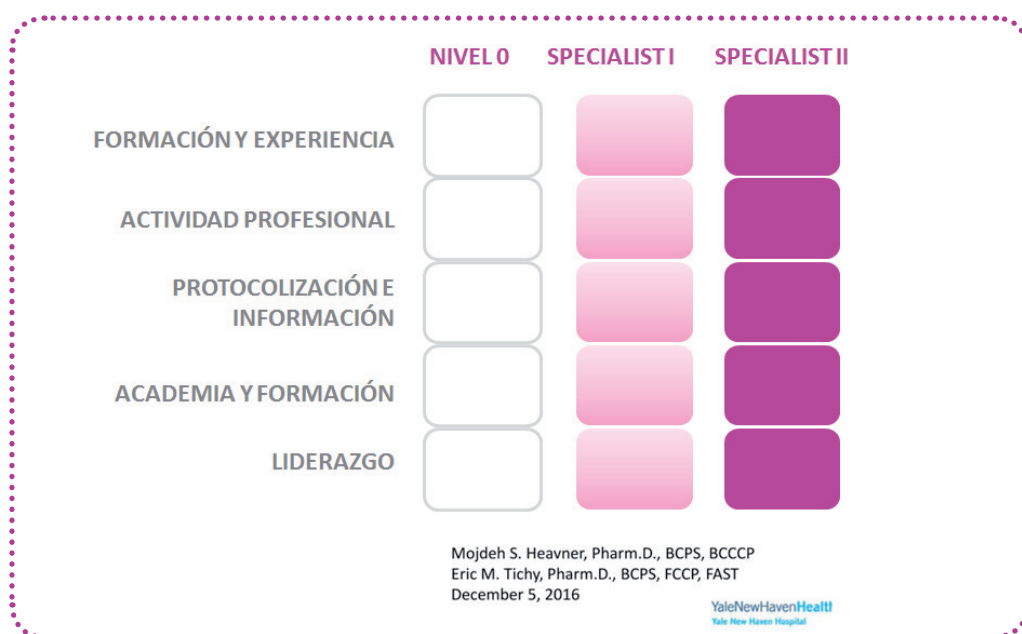
Es muy importante que el farmacéutico hospitalario adquiera la **habilidad clínica** para poder liderar el proceso de utilización de medicamentos y formar parte del equipo multidisciplinar tomando decisiones. Para ello las habilidades de **comunicación son fundamentales**. El farmacéutico debe promover también la **investigación** con programas específicos.

Otra clave del líder es la gestión del **tiempo** y la priorización de tareas. Es importante analizar cuánto le cunde el tiempo a cada uno y si ese tiempo se emplea de manera efectiva y eficaz, para optimizar el trabajo.

## Escalera farmacéutica

La escalera farmacéutica que se presentó, es un modelo americano en el que hay tres categorías de farmacéuticos (Figura 6). Este modelo se crea para motivar a los que mejor trabajan y más contribuyen a los resultados positivos de la organización. Es importante **la transparencia para poder premiar y mostrar la importancia** que la Organización da a cada una de las características.

Figura 6: Escalera Farmacéutica propuesta por el Hospital Americano Yeal New Haven Hospital.



En cada característica se definen una serie de actividades mínimas a realizar para ir aumentando de categoría y promocionar en la Organización. Esto supone un cambio en el liderazgo y en la capacidad de influencia en el equipo.

Este modelo se podría trasladar a los Servicios Españoles para mostrar el camino a los profesionales del equipo y enseñar hacia donde nos gustaría que evolucionaran y así motivarles.

Los americanos tienen claro que “midiendo la excelencia se conseguirá una cultura de excelencia”. Y si los líderes con “L grande” le dan importancia a esto, tirarán de las “l pequeñas” para que vayan creciendo y desarrollando habilidades.

## Comunicación transformadora. *José Luis Poveda*

Una de las máximas en cuanto a liderazgo se refiere es que **sin comunicación no puede haber liderazgo**. Por ello un buen líder debe desarrollar, y aprender herramientas y habilidades de comunicación. Aún hay mucho que hacer y aprender en nuestra Sociedad para mejorarla.

Se proponen tres ideas para mejorar la Comunicación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) que se resumen con las 3C: **Comprender, Compartir y Comprometer**. Estas ideas hay que desarrollarlas en tres líneas diferentes, como son con los pacientes, las Sociedades Científicas y las Organizaciones Gubernamentales. Un dato importante es que la ASHP integra como miembros a los estudiantes. Un 39% de un total de 50.000 miembros, son estudiantes. Sin embargo en la SEFH no hay ninguno. Integrar a los estudiantes en la Sociedad es un hito a plantearse para cumplir las 3C y los estudiantes se encuentren a gusto

Un elemento de comunicación que permite conocer realidad de los Servicios de Farmacia, de lo que de verdad está ocurriendo, son las encuestas. En 2016, la ASHP realizó una a partir de la cual se ha publicado el **“Libro Blanco”** (*ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education—2015*). Esta foto real permite a los cargos directivos de la Sociedad definir las mejores estrategias.

La **opinión** es otro modelo de comunicación importante. Ayuda a fundamentar el desarrollo a futuro, ayuda a conocer el feedback real de la información y permite a los dirigentes de las organizaciones saber en qué punto están sus propios miembros. La ASHP tiene tres objetivos principales en base a este modelo: **identificar los cinco componentes** que están modificando el entorno exterior y que tendrán un mayor impacto en los cinco años siguientes, **trasladar los consejos estratégicos** que transmiten las autoridades nacionales a sus necesidades prácticas e **identificar tres o más caminos** para aplicar el conocimiento de las tendencias clave y así mejorar la atención al paciente. Este modelo sería una **herramienta muy útil** que podría ser asumida por la SEFH.

Se presentó el ejemplo de una de las preguntas realizadas en la encuesta a los farmacéuticos. Se les preguntaba si ven posible que en el 2021, al menos el 75% de los farmacéuticos, tenga autoridad para prescribir. El resultado mostró que el 35% de los encuestados tienen esperanza de que así sea. Esto hace plantearse que existe una necesidad real y es un camino que hay que seguir y la Sociedad debe dirigir sus estrategias hacia estos requerimientos.

Otra pregunta de la encuesta refleja que los americanos están preocupados por si reciben un ciberataque y este afecte a la seguridad de los pacientes. Como consecuencia, se han puesto a trabajar para que esto no suceda.

Queda así demostrado que las encuestas son un mecanismo de comunicación muy potente para comprender, para integrar y comprometer a los socios.

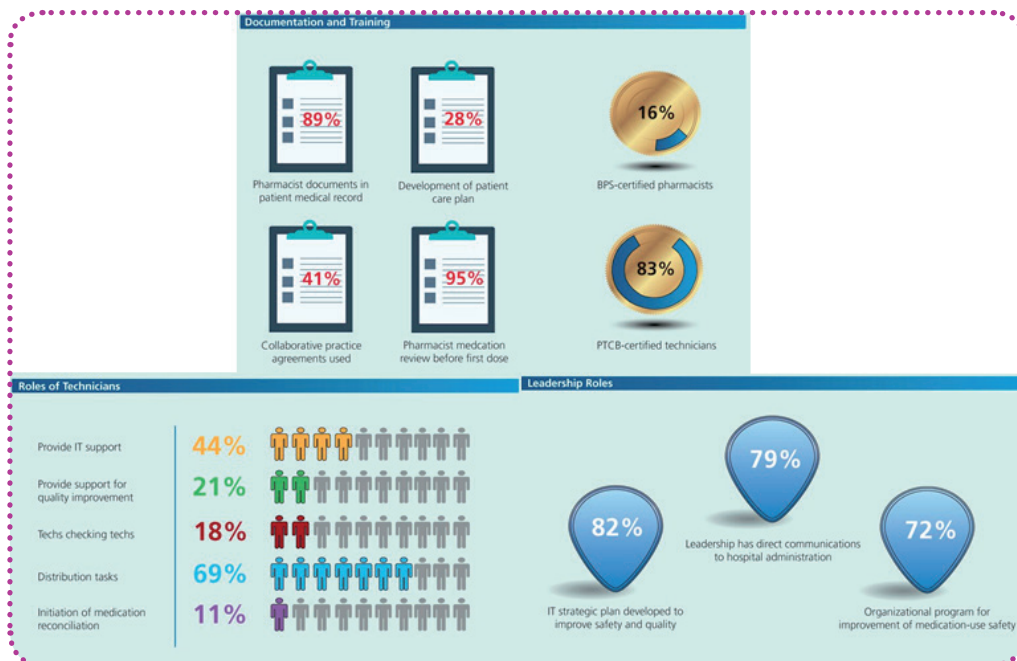
Se presentó también una iniciativa llamada **PAI** (*Pharmacy Advancement Initiative*) que tiene como objetivo transformar la manera en que los farmacéuticos cuidan a los pacientes en situaciones agudas y ambulatorias. Es una iniciativa dirigida por la propia profesión que está capacitando a los farmacéuticos a asumir la responsabilidad de los resultados en los entornos de atención aguda y ambulatoria. Para ello la Sociedad en cuestión debe seguir cinco caminos sobre la base de alinear, comunicar y comprometer (*ver Figura 7*).

Figura 7: PAI mostrando los 5 caminos de hacia dónde tiene que ir una Sociedad.



Los objetivos de esta iniciativa son medibles, lo que sirve para ver si se está yendo por el camino correcto para conseguir lo propuesto.

Figura 8: Ejemplo de medición de los objetivos del PAI.



Un problema a abordar es qué hacer cuando se comete un error en la medicación. Por ello, y porque es crucial preocuparse por todos los miembros del equipo, se propone crear un programa para las segundas víctimas que en este caso serían los profesionales que han cometido el error.

Figura 9: Programa propuesto para disminuir los errores de medicación.



Hoy en día se está expandiendo el **movimiento del e-Paciente**, tanto en la sociedad americana como en la española. A partir de este movimiento, se ha definido al paciente como una persona comprometida, empoderada, equipada y fortalecida que puede ayudar en el trato con el profesional sanitario. Se debe plantear una reflexión importante de lo que tiene que hacer el farmacéutico al respecto y su papel, ya que el paciente se involucra más en su salud a través de las nuevas tecnologías. Existen muchos accesos a la información gracias a internet y al acceso a páginas específicas de salud, a dispositivos digitales relacionados con la salud y a tests genómicos y medicina personalizada. Aún queda margen de desarrollo, y queda mucho por avanzar. Es importante centrarse en este tema ya que el farmacéutico puede ser el **aliado perfecto**.

Cuando se habla de la prescripción de medicamentos, se podría empezar a hablar también de la prescripción de páginas web y de herramientas informáticas que hoy en día son fuentes de información para los pacientes. Esto se puede ya llevar a cabo desde los Servicios de Farmacia sin necesidad de establecer un marco regulatorio.

Existe una iniciativa llamada **"Let's talk"** donde el Servicio de Farmacia se da a conocer. Esta iniciativa permite que los pacientes conozcan cómo funciona el Servicio de Farmacia en el hospital, quienes son los que trabajan ahí y qué hacen. Es una forma de dar visibilidad al farmacéutico y a su equipo, y de comunicar a la sociedad qué se está haciendo. Aquí en España se ha puesto en marcha esta iniciativa, en el Hospital la Fe de Valencia. Después de la campaña, se realizó una encuesta a los pacientes, tanto a los que han estado expuestos a la campaña como a los que no, para ver quien solicitó información al farmacéutico. Los resultados son prometedores ya que un mayor porcentaje de los pacientes expuestos a la campaña solicitan información.

La **comunicación con Sociedades Científicas** es otra línea a seguir. Llevar a cabo trabajos colaborativos con diferentes Sociedades permitirá, de alguna manera conseguir estandarizar iniciativas como programas de seguridad entre otros. La ASHP ya colabora con distintas Asociaciones, una de ellas es la Asociación de Farmacia Pediátrica. En España, ya se ha empezado a recorrer el camino pero queda mucho por hacer. Una buena iniciativa sería que la SEFH participara con otras Asociaciones en proyectos conjuntos para conseguir alcanzar un crecimiento exponencial más que crecimiento sinérgico.

La última línea de comunicación presentada fueron las **Sociedades Gubernamentales**. Se presentó y debatió sobre el nuevo papel de los farmacéuticos en atención al paciente y en la Administración en Estados Unidos mediante el proyecto **PAPCC** (*Patient Access to Pharmacists' Care Coalition*). En este proyecto participan muchas Organizaciones y Asociaciones que representan tanto a pacientes como a farmacéuticos. Aquí exponen varios puntos entre los cuales están cómo han trabajado desde el punto de vista del Senado y Congreso para proporcionar elementos que incardinan normas gubernamentales con el acceso de los pacientes al cuidado farmacéutico. Otro punto es cómo tra-

bajan con Organizaciones de forma conjunta, para modular la prestación del Servicio Farmacéutico y de Servicios Asistenciales que tengan que ver con la mejora del cuidado del paciente. Todo se presenta tanto en el plano científico como en el plano de lobbies en las Organizaciones Gubernamentales que es donde se decide el marco legal.

## Farmacogenómica y Big Data.

### María Antònia Mangués

El contenido de la ponencia de **M<sup>a</sup> Antònia** se sitúa dentro del mundo de la medicina de precisión y la farmacogenómica.

Empezó destacando que los autores de los trabajos presentados en el Midyear 2016 fueron, mayoritariamente, profesores de Facultades de Farmacia. Compartieron el objetivo común de demostrar que este área de conocimiento debe tenerse en cuenta a la hora de prescribir medicamentos y que los farmacéuticos pueden jugar un papel muy relevante. Por otra parte, el **Big Data ayudará a optimizar el cuidado del paciente** gracias a la capacidad de prever la respuesta terapéutica a los medicamentos.

En Estados Unidos se ha publicado una tabla de biomarcadores farmacogenómicos aprobada por la FDA que deben ser tenidos en cuenta en la prescripción de 150 medicamentos. También se ha incorporado información molecular en las Fichas Técnicas de algunos fármacos y otras informaciones que pueden resultar de ayuda. Sería interesante poder integrar este cambio en nuestra práctica, aunque queda camino por recorrer.

Una fuente que se utiliza con regularidad es **PharmGKB**. Ofrece una base de datos de investigación resultado de rastrear semanalmente todo lo que se publica en el mundo sobre genómica de fármacos. Gracias a esta herramienta, se puede conseguir una **prescripción más eficiente y más segura** de algunos fármacos.

En la página web de la SEFH se ha incluido una lista de páginas Web facilitada por el grupo de trabajo PKGen que pueden resultar de ayuda para incorporar la farmacogenómica en la práctica clínica.

El *key speaker* fué Russ B Altman, MD, PhD, profesor de Bioingeniería y Genética y de Ciencia de Datos Biomédicos de la Universidad de Stanford.

El Dr Altman presentó tres “historias” que se resumen a continuación:

**Historia 1:** Se centró en cómo se utiliza en la práctica clínica toda la información genética disponible del paciente en el momento de la prescripción. El ejemplo concreto que aportó fue acerca de la influencia del gen CYP2C19 en la respuesta del fármaco clopidogrel.

**Historia 2:** trató sobre la ciencia computacional y su aplicación en la revisión continua de todos los *abstracts* sobre interacciones de fármacos que se van publicando en *Pubmed*. Se correlacionan genes con fármacos mediante mensajes concretos que permiten predecir y deducir nuevas interacciones. Es una forma de anticiparse alertando sobre interacciones que pueden darse y deben ser tenidas en cuenta en la práctica clínica

**Historia 3:** Pueden predecirse nuevas interacciones mediante hipótesis generadas rastreando datos clínicos de diferentes poblaciones.

Se abre un campo en el que hay grandes posibilidades de sintetizar información utilizando tecnologías aún desconocidas para los farmacéuticos. Esto hace necesaria la interdisciplinariedad. Ingenieros, químicos, farmacéuticos deberán trabajar juntos para llegar más lejos, porque uno solo no puede abarcarlo.

Por último, M. Antonia Mangués enfocó los **Tool Kits** que se presentaron en el Midyear en dos áreas concretas

Estas herramientas tienen por objeto orientar a los Servicios de Farmacia en los cambios que deben introducir para conseguir cumplir con los nuevos estándares de calidad.



## Preparación de medicamentos: USP 800

Se han puesto a disposición de los hospitales, herramientas que pueden ayudar a hacer una transición más sencilla entre los requerimientos que se cumplen actualmente en los Servicios de Farmacia y las nuevas exigencias. Se destaca el *self-assessment* diseñado por la *Joint Commission* que permite llevar a cabo, de forma rápida, un **diagnóstico de la situación del Centro** en el área de preparación de medicamentos, e **identifica las áreas de mejora** orientando sobre los cambios a incorporar.

## Uso seguro de los medicamentos: ISMP

Nueva lista de *Best Practices*.

# MESA II. PACIENTES, SOCIEDAD E INNOVACIÓN

El **Dr. José Manuel Martínez**, adjunto del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario de Toledo y Ramón Morillo, farmacéutico responsable de Farmacia Hospitalaria del Hospital Universitario de Valme en Sevilla, prepararon juntos su presentación en torno al tema propuesto a cerca de “Pacientes, sociedad e innovación”.

## La ciencia de los datos.

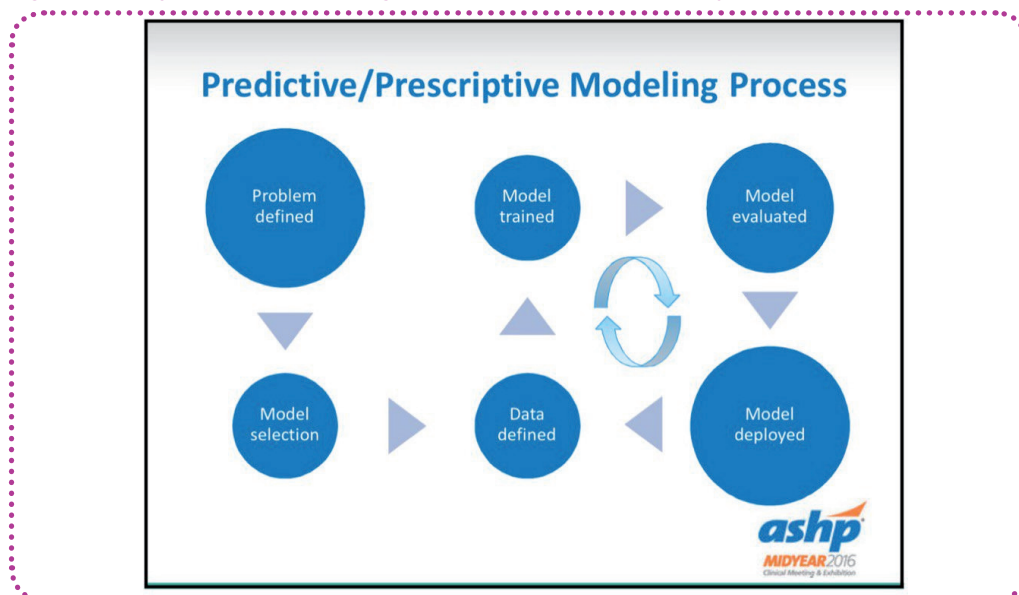
### Jose Manuel Martínez

La ponencia se inicia planteando la pregunta **¿Qué conceptos nuevos debemos entender y manejar para luego aplicar en el día a día?**

Para dar respuesta a esta pregunta, se presentó una categorización de los modelos, las principales tareas en el ámbito de las regresiones y las nuevas tendencias de análisis como puede ser el Big Data.

Cuando se habla de modelos analíticos ya sean predictivos o prescriptivos, se ha de seguir un proceso estandarizado. Lo principal es realizar las preguntas adecuadas para seleccionar el modelo correcto, después se deben seleccionar cuidadosamente los datos relevantes para luego poner a punto y evaluar ese modelo y así poder implementarlo en la práctica.

Figura 10: Flujo del modelo a seguir en procesos predictivos y prescriptivos.



Se debe **diferenciar el análisis predictivo del análisis prescriptivo**. En España, las profesiones sanitarias están acostumbradas a una estadística descriptiva y analítica, y el modelo predictivo se utiliza pero no se hacen muchas estimaciones futuras. El modelo prescriptivo ofrece un añadido. Suma todo el valor de las técnicas anteriores y además, va a ayudar a la mejor toma de decisiones basándose en una sistemática de investigación de operaciones, en análisis predictivos y en nuevas técnicas matemáticas y estadísticas. Los análisis prescriptivos deben llevar a la toma de decisiones con la estimación futura pero con los datos presentes y siempre en una evaluación continua. Esto debe ser una realidad en el ámbito sanitario y también en el Servicio de Farmacia Hospitalaria y hay que empezar a implantarlo.

Es importante integrar al farmacéutico en todas las etapas, incipientes o ya desarrolladas, y en la creación de ese modelo analítico. El farmacéutico de hospital puede estar perfectamente incluido como perfil de *"Data Scientist"* y trabajar interdisciplinariamente con otros compañeros, ya sean sanitarios o no, para mejorar la predicción y ayudar de esta manera a la toma de decisiones.

## Ventajas del PrEP: Estrategias de prevención del VIH

En un ámbito más asistencial, se habla de la atención al paciente para prevenir que, determinadas poblaciones con determinadas conductas o prácticas de riesgo, se infecten por el VIH. Se puede hablar del concepto **profilaxis pre-exposición** (PrEP), prevención del VIH en este caso. Es cierto que a nivel sanitario existen diferencias entre el Sistema americano y el europeo, pero el conocimiento científico es aplicable a ambos modelos.

Es clave que exista coordinación con el equipo asistencial, tiene que haber comunicación para que esta estrategia preventiva sea útil. Debe tenerse en cuenta además el empoderamiento del paciente y transmitir la importancia y valor que tiene la adherencia al tratamiento. No deben utilizarse medicamentos que no estén indicados, y tampoco usarse en el sentido contrario, es decir, profilaxis post-exposición. La PrEP tiene un riesgo y es que no se puede hacer un uso intermitente del medicamento y, por supuesto, no se debe intercambiar el medicamento con objetivo PrEP para otro tipo de usos.

Es muy importante dejar claro que esta **estrategia** no es una vacuna y no es una estrategia de protección de otras ITS, sino de **prevención de la transmisión de VIH**. Se debe concienciar muy bien al individuo en este sentido.

## Transiciones asistenciales

La falta de comunicación y de coordinación asistencial pueden generar problemas y resultados negativos en salud o peores de lo que deberían ser. Para facilitar el flujo en la transición asistencial se dan una serie de claves: enfocarse en el paciente explorando sus expectativas, documentar y dar acceso a esa documentación a todo el equipo asistencial, educar al paciente y a los familiares y, por último, dar un **papel a la farmacia en el cuidado agudo y post-agudo**.

Es necesario reflexionar sobre qué parámetros hay que tener en cuenta a la hora de implementar programas de seguimiento al alta. Estos programas deben personalizarse según el perfil del paciente. Y las preguntas tienen que centrarse, en carácter general, en evaluar la adherencia y el grado de conocimiento que tiene el paciente respecto a su tratamiento. Todo esto para establecer una **escala de riesgo** (ver Figura 11). En verde se representan los puntos donde no hay riesgo y en rojo los casos en el que el farmacéutico de hospital tendría que intervenir.


Figura 11: Ejemplo de respuestas a programa de seguimiento del paciente.

**Medication Adherence and Literacy**

Target population: MedAL score < 6

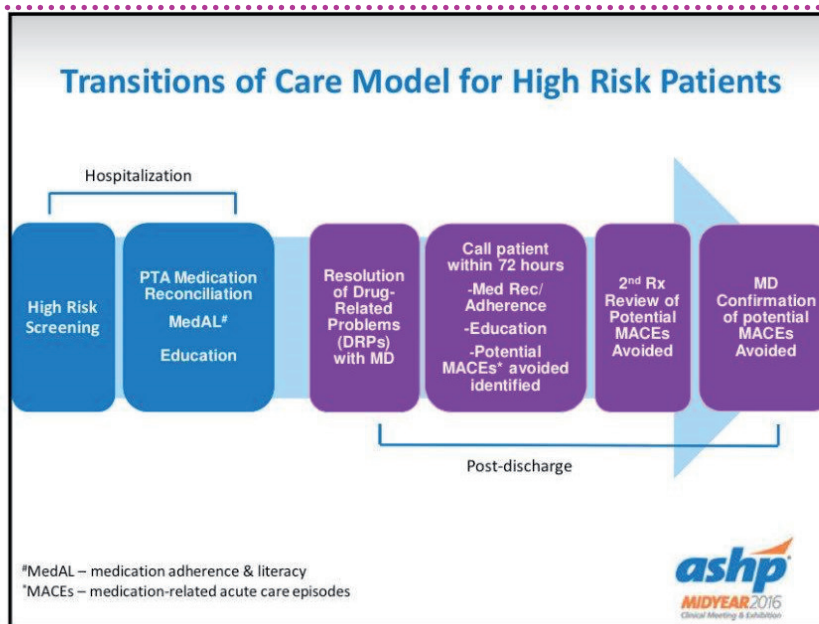
		Medication Literacy (Scale 0-4)		
		High Literacy (4 points)	Intermediate (2-3 points)	Low Literacy (0-1 point)
Medication Adherence (Scale 0-4)	High Adherence (4 points)	No Post-DC Follow-up	No Post-DC Follow-up	Perform Post-DC Follow-up
	Intermediate (2-3 points)	No Post-DC Follow-up	Score 6: No Post-DC Follow-Up Score <6: Perform Post-DC Follow-Up	Perform Post-DC Follow-up
	Low Adherence (0-1 point)	Perform Post-DC Follow-up	Perform Post-DC Follow-up	Perform Post-DC Follow-up

DC= Discharge from hospital



Si existe riesgo, hay que seguir un flujo durante el tiempo que el paciente esté hospitalizado y después al alta (ver Figura 12). El matiz diferencial es que en Estados Unidos realizan un contacto telefónico con el paciente después de 72 horas del alta para rechequear lo que se trató de reafianzar en el momento del alta.

Figura 12: Procesos que hay que seguir en un paciente de riesgo.



## Modelo centrado en aportación de valor

Se sabe que el ámbito de la farmacoterapia puede condicionar el desarrollo y el aporte de valor del fármaco. El valor que aporta el fármaco debe ser más importante que su precio, esto supone un modelo de pago por resultados. Para que este modelo tenga éxito, hay que involucrar a muchos actores, no solo al farmacéutico de hospital, sino también a gestores, a pacientes, a médicos e incluso a los políticos, y todos tienen que

colaborar entre ellos para conseguir el objetivo propuesto. Siempre surgen problemas para conseguir aportar valor, y es porque el acceso a la información está segmentado. La **integración del Big Data** ayudará a solventar ese problema, y a pasar del concepto de Datos Registrados o estandarizados, a la utilización de Datos No Registrados pero disponibles y que, con técnicas analíticas más actuales, se podrían analizar y obtener información de valor.

La implementación de la prescripción electrónica y el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, los entornos *win-win* y analizar distintos datos provenientes de diferentes fuentes, son clave para crear estos modelos que están basados en la **aportación de valor** y en los modelos de pago por resultado.

## Big Data para predecir respuesta a fármacos

Sobre el paraguas del Big Data se incluyen una gran cantidad de variantes de fuentes de datos como son el volumen, la variedad, la velocidad, etc.

Las Agencias Reguladoras tienen información de la notificación de efectos adversos, de la posibilidad de interacciones entre medicamentos, y de las variantes genéticas en otras Bases de Datos. Estos datos son a veces complejos pero condicionan la interacción medicamentosa y el impacto que tiene ese fármaco. La interpretación de este conjunto de información ayuda a predecir la respuesta.

En los Hospitales también existen multitud de “datos” como son los que aparecen en la historia clínica electrónica de los pacientes. Hay que interpretarlos para sacar información de utilidad. Para ello se pueden utilizar herramientas específicas para su explotación. Se presentó el ejemplo de un modelo para hacer una estimación, una predicción, de la probabilidad de que se genere un efecto adverso de hipoglucemiantes orales en función de perfiles de pacientes con medicaciones y comorbilidades.

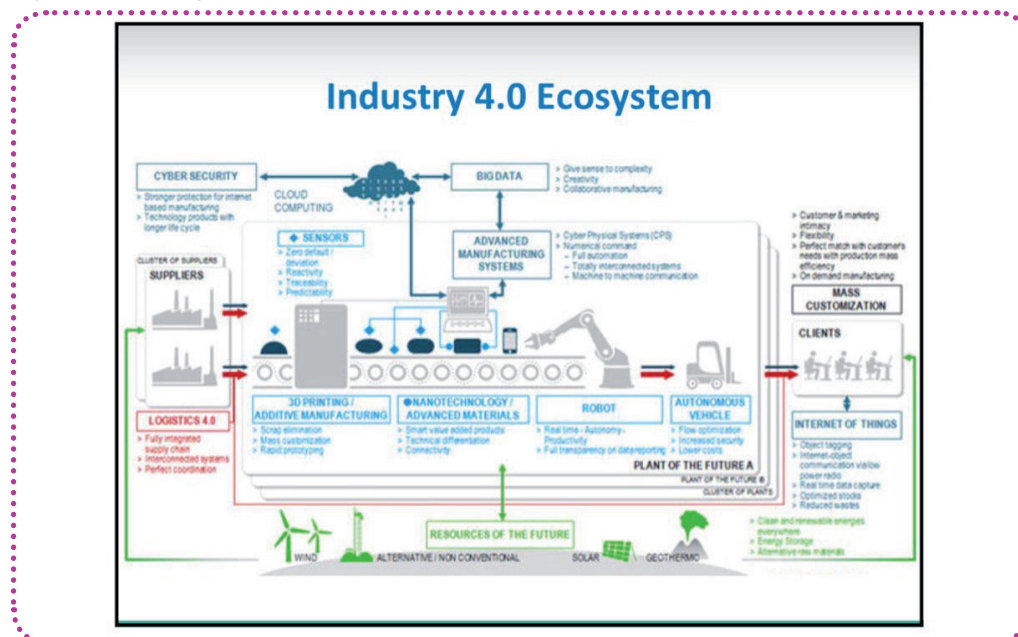
El Big Data ofrece también oportunidades al farmacéutico. Un ejemplo específico es la farmacogenómica que hace confluir la información que se ha dado en la práctica clínica con la información disponible en las publicaciones del ámbito genético relacionadas con esa práctica. Esto en un futuro cambiará, el generador de la información será o bien el profesional sanitario o bien un kit que podrá dar una información que condicione la decisión farmacoterapéutica. El **farmacéutico hospitalario es clave** en este punto. Además llegará un momento en el que sea el farmacéutico el que facilite la información al paciente. Además el farmacéutico es el que mejor podrá reconocer los efectos adversos y es el que los reporta a las Agencias.

## El internet de las cosas

El internet de las cosas tiene que ver con la **interconexión o comunicación de distintos elementos entre sí mediante un mecanismo de radiofrecuencia para que transmitan información**. En el ámbito sanitario puede tener distintas utilidades. Uno de los ejemplos que se expone es el trabajo en la nube. Trabajar de esta manera supone almacenar y analizar la información, en el momento que se vaya generando, en los dispositivos que estén interconectados. Otro ejemplo remarcable es la telemedicina donde el paciente genera datos y estos son transmitidos a los profesionales implicados. Estos datos pueden ayudar en la toma de decisiones en contextos determinados ante diversos cuadros clínicos. Supone un reto formativo para utilizar las nuevas tecnologías y sería importante ir implementándolo en los Sistemas Sanitarios.

Entorno a este tema, aparece un nuevo concepto: los ecosistemas 4.0. Los expertos lo definen como la aldea global que tiene en cuenta el Big Data, es decir, la interconexión de los dispositivos a nivel industrial y no solo a nivel sanitario o de sociedad. Esto puede condicionar el análisis de la información y la toma de decisiones en ámbitos de política sanitaria (Ver Figura 13).

Figura 13: Iconografía ilustrativa de un ecosistema 4.0 en industria.



## Adherencia en especialidades médicas

La adherencia es un parámetro algo difícil de medir porque no existe un *Gold Standard*. Aun así se debe ser estricto y emplear los sistemas adecuados. Se puede medir la adherencia o bien por un **recuento de dispensaciones** o bien a través de una **medida más integral que tiene en cuenta 2 grupos**, uno **control** que corresponde a la práctica diaria y otro de **intervención**, que se refiere a una reingeniería de procesos, es decir, un cambio de proceso para mejorar la adherencia. De esta forma se ve que los cambios en la adherencia medidos por el recuento de dispensaciones prácticamente no cambia en el control y cambia un poco y de forma estadísticamente significativa en la intervención pero donde se marca un salto cualitativo es en la medida integral de la adherencia. Esto demuestra que hay que tener cuidado con las medidas de la adherencia.

## Conclusiones

Los puntos clave a destacar son los siguientes:

- Las claves del futuro en el uso de medicamentos pasan por el **Big Data**.
- Las **estrategias PrEP** para la prevención del VIH deben involucrar al farmacéutico de hospital para tener éxito.
- Las **transiciones asistenciales** ofrecen una oportunidad única de desarrollo y aportación de valor del Farmacéutico de Hospital.
- El **internet de las cosas** llama a la puerta de la Farmacia de Hospital.
- El Farmacéutico de Hospital apuesta por un **modelo centrado en aportar valor** colaborando siempre con el resto del equipo.

## Nuevos retos en la línea estratégica de la SEFH. Montserrat Pérez

**Montserrat Pérez**, Secretaria de la SEFH y jefa del Área de Farmacia del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de Madrid, centró su ponencia, en lo que se está haciendo, qué se ha conseguido, cuáles son los nuevos retos dentro de la línea estratégica de la SEFH: pacientes, sociedad e innovación.

En la misma línea que el “**Informe sobre la situación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria en España, Infraestructuras, recursos y actividad 2015**”, se presentaron los resultados de otras dos encuestas: la Iniciativa 2020 y el Proyecto MAPEX 2015, ambas también del año 2015.

Las tres encuestas ponen de manifiesto que alrededor de un 80-90% de los pacientes reciben atención farmacéutica en las consultas de pacientes externos. Esto supone un reto, que consiste en extender esa atención farmacéutica, que reciben los pacientes externos, a los pacientes ingresados y que esta tenga el mismo grado de desarrollo. Respecto a la integración de los farmacéuticos en los equipos médicos, según el Informe mencionado, todos los Hospitales tienen de media al menos un farmacéutico integrado, alcanzando el ratio de 2,32 en los hospitales de mayor tamaño. Respecto a la valoración de la adherencia, según la Encuesta 2020, se realiza por los SFH a un 53% de los pacientes externos y solo a un 2% a pacientes ingresados.

El Estudio *Global Adherence Project* (GAP), en España estimó una tasa de adherencia del 85,4% en pacientes afectados de Esclerosis Múltiple, con una mejora de más de 10 puntos respecto a la tasa conjunta del estudio. Ello induce a pensar que **nuestro modelo de atención a los pacientes externos es efectivo en la tasa de adherencia.**



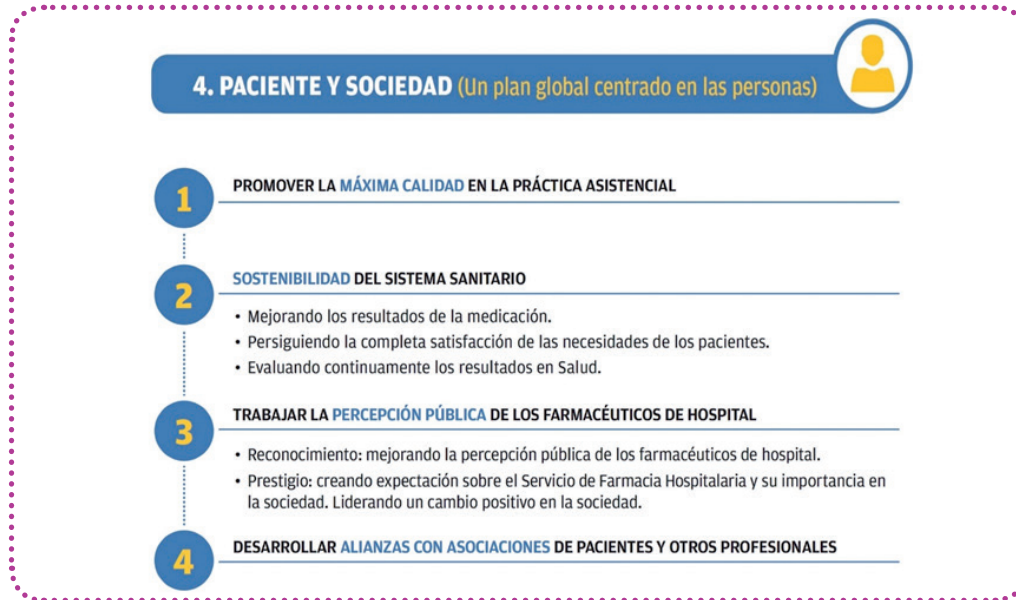
### Plan estratégico de la SEFH 2015-2019

Este plan se centra en cinco puntos principales como son:

- Organización.
- Socios.
- Profesionales Sanitarios.
- Paciente y Sociedad.
- Gestión del conocimiento.

En la *Figura 14* se recogen los objetivos incluidos dentro de la línea 4 del Plan Estratégico Paciente, Sociedad e Innovación.

*Figura 14: Esquema desarrollado del punto 4 del Plan Estratégico de la SEFH.*



Dentro de esta estrategia, se exponen distintos proyectos estratégicos.

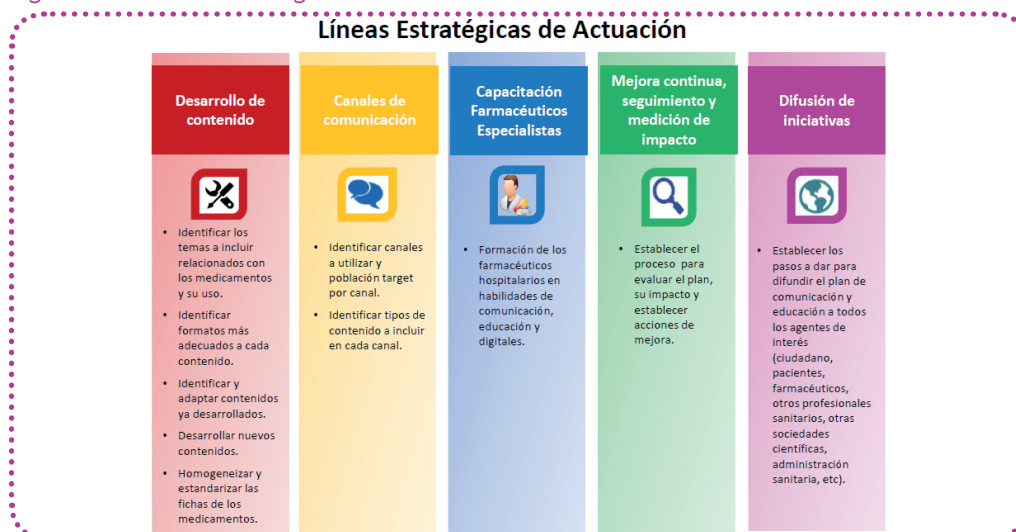
- **Mapa estratégico de atención farmacéutica al paciente externo.**

Este proyecto, dentro de los tres pilares a seguir, atención multidisciplinar y centrada en el paciente, excelencia en el conocimiento y evaluación de resultados, ha permitido consensuar objetivos y estrategias en la Atención al Paciente Externo

- **Programa de Educación e Información al paciente de la SEFH**

El objetivo de este proyecto es que el Farmacéutico de Hospital se considere el referente en educación e información sobre medicamentos para el paciente y el profesional. Tiene 5 líneas estratégicas (*Figura 15*).

*Figura 15: Líneas estratégicas de actuación de la SEFH.*



Se dispondrá de una web para pacientes, donde se mostrarán contenidos de conocimientos generales y otros de conocimientos específicos de distintas patologías y con información de medicamentos asociados a dichas patologías.

- **Desarrollar alianzas con asociaciones de pacientes**

El acercamiento a las Asociaciones es una necesidad mutua. Hoy en día ya existen alianzas con la Asociación de cáncer de páncreas, con FEDER, entre otras y próximamente con la Asociación de Esclerosis Múltiple de España.

- **Métodos multicriterio de ayuda a la toma de decisiones (MCDA): preferencia del paciente**

La voz del paciente es importante tanto para la selección del medicamento como para la toma de decisiones en general. Ello supone que hay que tener en cuenta aspectos, no solo de eficacia, seguridad y costes, sino también aquellos aspectos que tienen que ver con las necesidades no cubiertas, con la carga de la enfermedad o análisis del entorno, entre otros.

- **PRO Patient Reported Outcomes: resultados evaluados por los propios pacientes**

Finalmente dentro de la Línea 4 Paciente, Sociedad e Innovación, la Secretaria de la SEFH destacó el documento recientemente publicado de Apoyo a la Innovación e Investigación donde se refleja que la Sociedad apuesta por una innovación abierta y busca el fomento de una cultura de patentes y que los farmacéuticos hospitalarios tengan esta cultura. La SEFH invertirá y será copartícipe de aquellas actividades que generen patentes y modelos de utilidad que aporten valor.

## Conclusiones:

Los puntos clave a destacar son los siguientes:

- Apuesta decidida por una **labor clínica** de manera directa con el paciente.
- Resultados de adherencia manifiestan la **efectividad** del modelo de atención a los pacientes externos en España.
- Apostar por la **innovación** por medio del fomento de la cultura de patentes, la creatividad y la imaginación se convierte en un objetivo prioritario para la SEFH.



## MESA III. EVALUACIÓN Y RESULTADOS EN SALUD

**Sandra Flores**, F.E.A del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, presentó la ponencia sobre la “Evaluación de la Seguridad de los opioides.

### Evaluación de la Seguridad de los opioides. Sandra Flores

#### Uso-abuso-control

La **evaluación de la seguridad de los opioides** es un tema que preocupa mucho a la Sociedad Americana en general. En los últimos 10 años se han multiplicado por tres las muertes debidas al mal uso de opioides en Estados Unidos, considerando este problema como una epidemia. En España, el **consumo de opioides ha aumentado un 83%** en los últimos siete años y cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto un incremento del uso inadecuado de este grupo de fármacos.

Se ha demostrado que los **pacientes no oncológicos** son los más propensos a desarrollar adicción. En el caso de la prescripción de los mismos en dolor agudo, la terapia con opioides no debería superar los tres días como norma general y la duración máxima debe ser de siete días en la mayor parte de los casos. Se añade además que el uso de estos fármacos produce **tolerancia**, lo que es una dificultad añadida en un manejo adecuado de los mismos. El problema de la adicción a los opioides también afecta a los profesionales sanitarios, aunque los estudios sobre este tema en nuestro entorno sanitario son aún muy escasos.

En EEUU, como resultado de la detección de este problema, se han puesto en marcha diferentes estrategias encaminadas a una **monitorización más estrecha del uso de los opioides** por parte de los profesionales sanitarios. Un ejemplo es la monitorización del personal que con mayor frecuencia retira medicamentos de los armarios dispensadores en las plantas de hospitalización. Otro ejemplo es el uso de fregaderos inteligentes, *Smart Sink*, que son depósitos donde se le obliga al profesional sanitario a depositar el resto de opioides que se han utilizado en quirófano tras la cirugía. Este debe hacerlo en presencia de otro profesional sanitario que certifique la cantidad depositada.

En España disponemos del documento de **“Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico”**, editado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2015, dirigido por la Dra. Otero con la participación tanto de farmacéuticos de hospital como de otros profesionales sanitarios. Este documento está dirigido a revisar la **evidencia científica disponible** y establecer unas **prácticas seguras consensuadas** para evitar los errores más frecuentes con los analgésicos opioides y mejorar su seguridad en pacientes con dolor crónico



## Seguridad en el manejo de medicamentos peligrosos.

### Olga Delgado

**Olga Delgado**, jefa del Servicio de Farmacia del Hospital universitario Son Espases de Palma de Mallorca expuso el tema relacionado con la seguridad en el manejo de los medicamentos peligrosos.

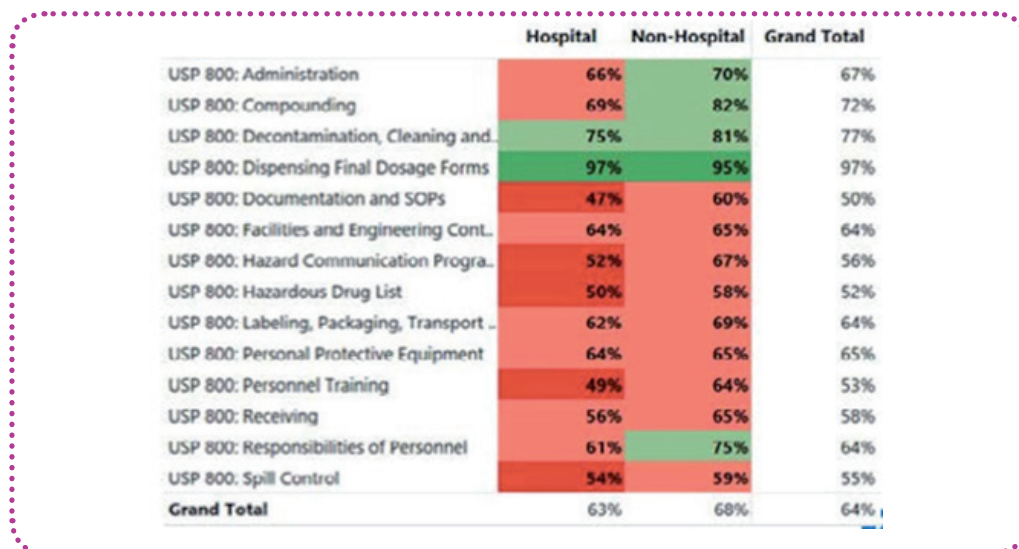
En esta ponencia se reiteró la importancia y la urgencia que se siente en Estados Unidos para adaptarse a las **normas de la USP 800**, que entrará en vigor el 1 de julio de 2018, y que está enfocada exclusivamente al manejo de fármacos peligrosos.

No se trata de una recomendación, sino de un requerimiento para todos los hospitales y centros que manejen este tipo de medicamentos (consultas, centros de Atención Primaria, ambulancias o incluso centros veterinarios). Este capítulo incorpora una triple protección: **el paciente, el personal manipulador y el medio ambiente**.

La USP 800 considera como estándar de Medicamento Peligroso la lista NIOSH, y establece el riesgo según la forma farmacéutica, considerando también el riesgo de medicamentos no antineoplásicos. Es relevante nombrar también la referencia a la adecuación de las instalaciones, y a la adaptación de los procedimientos de trabajo seguros.

En Estados Unidos se dispone de un cuestionario de autovaloración de la adecuación a la USP 800, para que los Centros conozcan en qué fase de adaptación a los nuevos requerimientos que dicta la USP 800, están (ver ejemplo en la *Figura 16*).

*Figura 16: Ejemplo de resultados después de rellenar el cuestionario.*



## Evaluación de la Eficacia en Medicina de Precisión.

### María Jesús Lamas

#### Oncología

**María Jesús Lamas**, jefa de Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Santiago, en Santiago de Compostela, resumió el tema centrado en la “Evaluación de la Eficacia”.

Hoy en día la Sociedad se encuentra frente a una nueva realidad en medicina de precisión, en oncología se están usando las mutaciones como diana terapéutica más que las

características del tumor en sí. Esto supone un **cambio de paradigma** que implica tomar nuevas decisiones a la hora de seleccionar un medicamento, durante el desarrollo previo de la terapia, y a la hora de analizar la evidencia posterior.

Tener una buena caracterización molecular del tumor hace que ese tumor sea “raro” o poco frecuente. Cuanto mejor sea esta caracterización, más raro será. Esto ya se está dando en los tumores que se consideraban raros, como los sarcomas. Al ser tumores raros, no se van a encontrar ensayos clínicos multitudinarios fase III randomizados con datos sobre eficacia.

Para el tumor en el que se identifica una **mutación driver**, la que da al tumor el carácter proliferativo y maligno y la que más pesa en el desarrollo cancerígeno, se llevarán a cabo **ensayos basket**. A esos ensayos pueden entrar pacientes con esa mutación, independientemente de la localización e histología del tumor en cuestión. Son ensayos muy reducidos que pondrán a los medicamentos específicos en el mercado y en los que se analizará la eficacia con datos de práctica real.

Actualmente existen muchas controversias al respecto y la aplicación a la práctica clínica todavía no es fácil. Todavía es difícil medir el impacto de las mutaciones en el crecimiento del tumor o cuales son verdaderamente importantes.

Para ayudar en el avance de la medicina de precisión, es necesaria la **inclusión de los pacientes en ensayos clínicos**, para esto debe, por un lado tomarse una decisión bilateral entre médico-paciente, y por otro implicar al farmacéutico para el acceso a estos medicamentos cuando no haya otra opción terapéutica.

En Estados Unidos se pretende dar respuesta a estas controversias y por ello han creado el *Clinical Genomics Action Committee*. Estos comités están en los hospitales, no solo para oncología sino también para enfermedades raras u otras enfermedades donde la identificación de la mutación es la que decide si se pone un tratamiento u otro. Es un comité interdisciplinar donde están presentes farmacéuticos, anatomopatólogos, biólogos moleculares, bioinformáticos, y es al que acude el médico para decidir cuál es el mejor tratamiento. En España esto todavía no se da de esta manera, lo que sí se hace es pedir informes de mutaciones.

## Evaluación de la Eficacia.

### Sandra Flores

#### Transparencia

**Sandra Flores**, se centró a continuación en el tema de la “Transparencia en la Evaluación de la Eficacia”.

La **evaluación crítica de la literatura** es necesaria para la mejora en la calidad de la Atención Sanitaria. Los profesionales deben que ser capaces de valorarla de forma independiente, especialmente en un contexto donde la aprobación de los medicamentos se produce cada vez a mayor velocidad, en fases más tempranas de la investigación y con precios que, en muchos casos, no se corresponden con la eficacia incremental del medicamento. En el Congreso de la AHP se puso de manifiesto esta problemática, haciendo especial hincapié en que el farmacéutico también debe que estar formado para evaluar críticamente esa literatura y así poder defender mejor los intereses de los pacientes.

Se han enumerado una serie de pautas para **incrementar la transparencia** en todo el proceso de desarrollo y aprobación de un nuevo medicamento y que incluyen actuaciones dirigidas a las revistas científicas, a las Sociedades Científicas, a los Profesionales Sanitarios y a las Asociaciones de Pacientes. Entre estas medidas propuestas destacan la **profesionalización de los editores** de la revistas médicas, la **obligatoriedad de disponer de las auditorías** de las Agencias reguladoras de forma previa a la publicación de ensayos, la **obligatoriedad de la publicación de los resultados** de las inspecciones que hace la FDA, mayor agilidad en la publicación de la retractación de los datos de

un estudio (que a veces se retrasan hasta dos años, momento en el cual el impacto de dicha publicación es muy bajo) o la petición de que las Agencias reguladoras expliquen con mayor detalle el porqué de la aprobación de un nuevo medicamento. No se discutió sobre las razones que llevan a fijar un determinado precio, aunque en Europa, y especialmente en España, este aspecto es vital.

## Evaluación económica centrada en Biosimilares.

*María Jesús Lamas*

### Evaluación económica centrada en Biosimilares

**María Jesús Lamas**, se centró en la evaluación económica de los biosimilares y destacó que los americanos citaron el proceso de regulación de los biosimilares de la EMA como un proceso ejemplar para garantizar la calidad del biosimilar.

Se puede decir que hubo una gran expectación con los biosimilares infliximab y adalimumab entre otros que están aprobados pero no comercializados todavía. En Estados Unidos existe el **“Purple book”** de la FDA que consiste en un **listado de biológicos biosimilares y de biológicos intercambiables que están ya autorizados y comercializados. Se distingue entre biológico e intercambiable** y si es biosimilar o es intercambiable. Se debe matizar sobre el hecho que en España no se define intercambiable como un medicamento distinto a un biosimilar, lo que se debate en nuestra Sociedad es cómo debe ser la intercambiabilidad entre biosimilares. En Estados Unidos, un biosimilar se define como un medicamento que tiene una similitud molecular con el original suficiente y que en sus comportamientos pre-clínicos y de seguridad se parece lo suficiente como para considerarlo biosimilar. Un medicamento intercambiable se define como un medicamento que ha demostrado que, utilizado más de una vez en un paciente, y sustituyendo en un *switch* o intercambiando o mezclando uno u otro con el original, el paciente no tiene riesgo de tener menos eficacia o menos seguridad. Esto supone que **a efectos de la FDA podría haber biosimilares no intercambiables**. La EMA debería definir los nuevos criterios de intercambiabilidad y pedir que los ensayos clínicos presenten los resultados de *cross-over* después de la finalización del estudio para ver que la intercambiabilidad fue segura y no menos eficaz.

Se presentó un estudio de *Rand Corporation* que mostró un dato impactante sobre el ahorro que supondrá la incorporación de los biosimilares en los próximos 10 años, unos 44 billones de dólares. Es un impacto brutal que podrá dar acceso a la Sanidad a muchos más pacientes.

Los biosimilares se introducen en el hospital mediante **consenso y liderazgo inteligente**. El liderazgo tiene que partir de arriba, tiene que haber una implicación institucional importante, el hospital lo debe asumir como un proyecto propio. Es importante seleccionar un *Project Sponsor* dentro del hospital que tenga credibilidad y autoridad, cuya actitud podría influir en la actitud de los demás, y que además podrá tener un beneficio directo por la implantación de los biosimilares. Para esto también es fundamental **comunicar y educar**. El paciente tiene que saber lo que recibe y tener la certeza que no es peor que el original. Por ello es muy importante que al médico, que es quien dará esta información, se le haya transmitido de forma correcta toda la información para no generar incertidumbres.

## Conclusiones

Los puntos clave a destacar en esta mesa son los siguientes:

- Los **opioides prescritos** enganchan y pueden matar.
- Es necesario realizar **prevención en pacientes y profesionales** en relación al uso de opioides.
- En Estados Unidos ha empezado la cuenta atrás para la adaptación a los requerimientos de la **USP 800**. Aunque no es de aplicación en España, si es una guía para la **manipulación segura de Medicamentos Peligrosos**, pues los riesgos que se plantean son los mismos.
- La **evidencia de ensayos basket** más los resultados en vida real plantean nuevos retos de aprendizaje.
- La FDA está recorriendo el camino de la EMA, **¿seremos ejemplo de la utilización en la práctica clínica?**
- La incorporación de biosimilares requiere **liderazgo** clínico y la clave es la **comunicación**.

## MESA CLAUSURA

### Retos y oportunidades de los farmacéuticos de hospital. *Rita Shane*

La sesión de clausura corrió a manos de **Rita Shane**, Chief Pharmacy Officer del Cedars-Sinai Medical Center en Los Ángeles además es Assistant Dean, Clinical Pharmacy en la UCSF School of Pharmacy. Durante su sesión conectó los puntos sobre lo que los líderes farmacéuticos pueden hacer para resaltar su papel describiendo la lógica subyacente con enfoque en el valor de la asistencia sanitaria, definiendo la salud de la población, describiendo los servicios de farmacia que proporcionan valor y por último, explicando el desarrollo de un proceso para la toma de decisiones basadas en el valor del formulario.

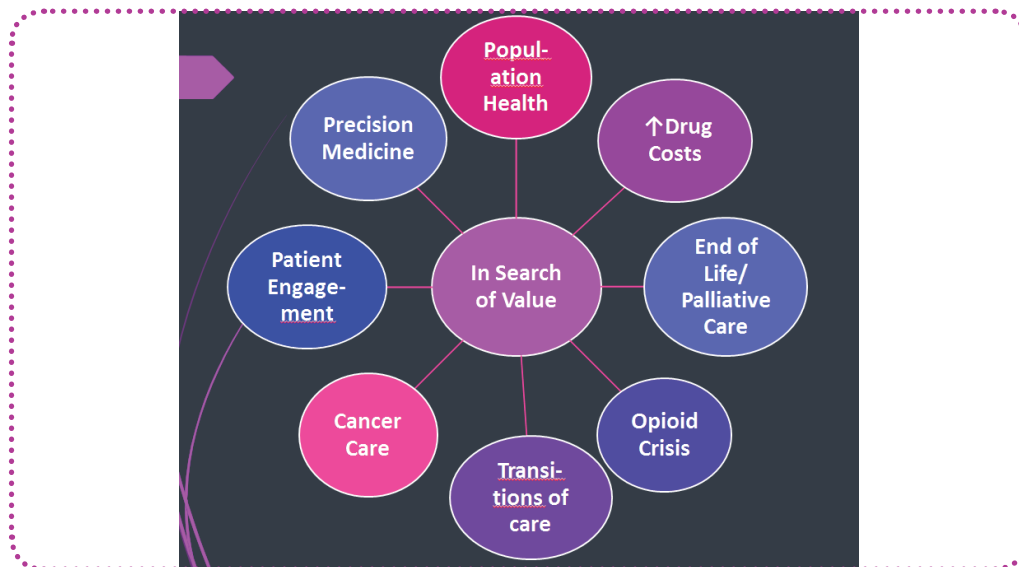


### Ineficacia en Estados Unidos

El hecho de que en Estados Unidos se pague a los profesionales sanitarios por volumen de visitas tiene consecuencias negativas ya que no se presta una atención adecuada a la salud. Esta forma de pago impide que el profesional se centre en los resultados en salud y hace que no preste la suficiente atención a la prevención, ni a los cuidados primarios o a los resultados a largo plazo. Existe una laguna de información sobre los costes, la calidad y sobre comparativas de eficacia entre tratamientos o ensayos, que son los motores del valor. Tampoco se implica al paciente en la toma de decisiones y no se le pregunta su opinión sobre el tratamiento.

Rita Shane define el valor como una fórmula: **valor=calidad/coste**. El farmacéutico tiene un papel importante en la búsqueda de valor y se puede implicar de muchas maneras y de forma eficaz para alcanzarlo (ver Figura 17).

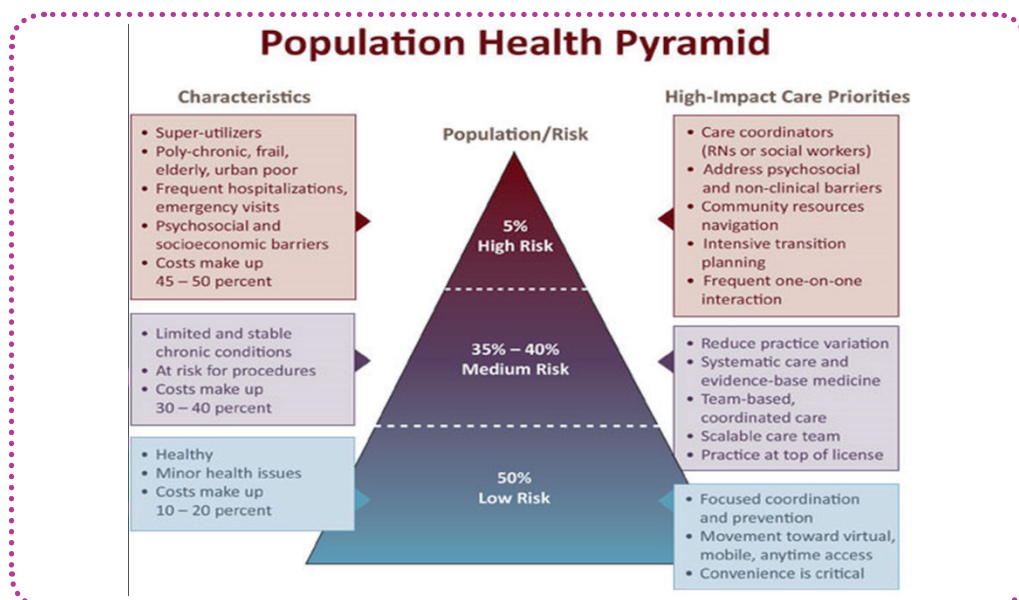
Figura 17: Puntos donde el farmacéutico puede aportar valor.



## La Salud de la población

Es necesario pensar lo que realmente necesita la población a nivel sanitario para mantenerla sana y no centrarse tanto en lo que supone, a nivel económico, el estado de salud de la población. Si se quieren **reducir costes**, hay que focalizarse en la prevención y en reducir los reingresos hospitalarios. Para conseguir este objetivo, se propone por ejemplo, hacer consultas para comprobar que el tratamiento funciona, o realizar transiciones asistenciales.

Figura 18: Pirámide que clasifica a la población en base a los riesgos en salud según ciertas características.



Como muestra la *Figura 18*, la salud de la población se divide según el riesgo. Las personas con **mayor riesgo** son las que **más coste suponen** y las que más control necesitan por parte de todo el equipo sanitario incluidos los farmacéuticos. Por ello se debe implantar un análisis predictivo para identificar a los pacientes que pueden tener un mayor riesgo y así ajustar su tratamiento y que no lleguen a ese nivel. Es importante hacer un **seguimiento** y aquí el farmacéutico tiene un papel importante.

## Cuidados del Cáncer: necesidades sanitarias de la población

Es preciso centrarse en esta población ya que son **pacientes “caros”** que necesitan apoyo durante el tratamiento, y puede existir cierta confusión respecto a los mismos. Son pacientes complicados, con recaídas frecuentes que les obliga a reingresar y en los que se pueden dar interacciones medicamentosas. También suelen ser menos adherentes que otros pacientes lo que supone un coste añadido. Especialmente complicados son los pacientes ancianos con cáncer, a los que, en ocasiones, no se les administra el tratamiento adecuado, o están polimedicados y el farmacéutico debe intervenir, en ocasiones, para cambiar el tratamiento.

En estos últimos años están apareciendo nuevas terapias que ayudan a prevenir daños mayores. Una de ellas es la inmunoterapia. El problema de este tratamiento es que puede provocar reacciones adversas no deseadas, incluso semanas después del inicio del tratamiento. Un buen líder farmacéutico debe conocer estas propiedades y las implicaciones clínicas para poder ayudar al oncólogo, e incluso al paciente, a elegir el mejor tratamiento y aconsejarles sobre el seguimiento.

La **Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)** ha participado en una iniciativa que consiste en elegir prácticas basadas en evidencia que demuestran el sobreuso de algunos medicamentos. Se han hecho recomendaciones para escoger sabiamente el tratamiento adecuado. Una de las recomendaciones es no usar terapia dirigida, para pacientes con tumores sólidos que tengan las siguientes características: estado de bajo rendimiento (3 o 4) que se ha determinado mediante la medida ECOG; que no hayan mostrado mejora con intervenciones de evidencia clínica; que no se puedan elegir para un ensayo clínico; o que no exista evidencia sólida que apoye el valor clínico de un tratamiento anticancerígeno adicional.

Es importante hacer un buen perfil del paciente ya que dependiendo del tratamiento, se puede empeorar su estado de salud. Se recomienda que el tratamiento se discuta entre los miembros del equipo sanitario, médico oncólogo y farmacéutico, para que cada uno aporte sus ideas y así tener más éxito.

En la Sociedad americana se está empezando a implicar al farmacéutico en oncología, y es tan importante su aportación, que incluso **ASCO** ha reconocido el papel de estos profesionales sanitarios en este campo. Se ha publicado un listado de sus funciones y cómo deben actuar los farmacéuticos especialistas en oncología para asegurar un buen tratamiento y una buena educación de los pacientes.

- Evaluación de pedidos en el contexto del paciente.
- Manejo de síntomas y atención de apoyo.
- Gestión de formularios.
- Orientación y desarrollo del conjunto de pedidos.
- Iniciativas para ahorro de costes.
- Gestión de la escasez de medicamentos.
- Combinación estéril segura.
- Adherencia a la medicación.
- Apoyo a la investigación.
- Desarrollo de nuevas políticas.
- Reconciliación de medicamentos.
- Seguridad del tratamiento.
- Mantenimiento de los registros electrónicos relacionados con la medicación oncológica.
- Formación clínica.
- Educación del Paciente/Familia.
- Cuidado paliativo/de fin de vida.



## Desafíos del ámbito sanitario

En relación a la disminución de costes, se han propuesto **48 paquetes clínicos** cuyo objetivo es **determinar si los pagos agrupados disminuyen los costes** y si se **mantiene o se mejora la calidad del tratamiento**. Uno de los paquetes está relacionado con enfermedades cardíacas e incluye servicios quirúrgicos y cuidados al paciente durante 90 días después del alta. Gracias a los servicios que se prestarán, se podrán medir ciertos parámetros como por ejemplo el rendimiento de los cambios funcionales, la mortalidad o la satisfacción del paciente.

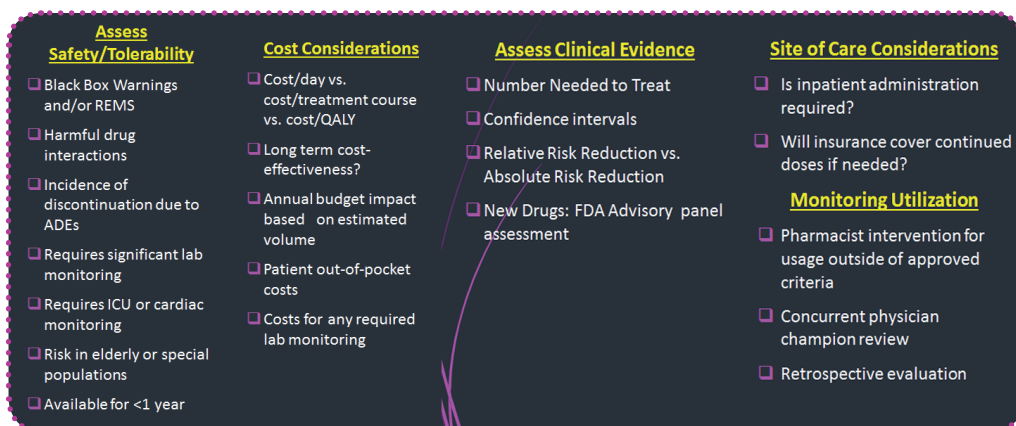
Todos estos paquetes están centrados en los modelos de cuidado del paciente y los equipos del ámbito sanitario tienen que tener interdisciplinariedad, tal y como se ha visto anteriormente en otros temas. Dentro de este equipo, el farmacéutico tiene un papel importante que es controlar la medicación y otros aspectos del tratamiento, algo para lo que se ha formado.

Se ha visto que es vital **implicarse con el paciente**, es decir, establecer una comunicación clara e implicarlo en la toma de decisiones. Por lo general, el farmacéutico no suele establecer ese tipo de comunicación, hay que educarle a interactuar con el paciente para que se sienta cómodo y explicarle de forma sencilla y clara la evidencia del tratamiento o el funcionamiento del fármaco, las diferencias entre un fármaco y otro, y otros aspectos relacionados. Sería interesante instaurar en las páginas web de los hospitales un apartado donde los **pacientes puedan exponer sus preguntas** y el **profesional implicado conteste a las mismas**.

El precio de algunos medicamentos se ha visto incrementado en un 3.600% en los últimos dos años. Esto supone que el departamento farmacéutico del hospital tiene que justificar este precio frente a su equipo y el porqué de su uso. Por lo general, este tipo de fármacos son los que se les prescriben a pacientes con enfermedades crónicas o con comorbilidades y deben ser dispensados por el Servicio de Farmacia Hospitalaria. En España esto es así pero en Estados Unidos es difícil que estén disponibles y hay que justificar el tratamiento con ese fármaco para que se compre y esté disponible, especialmente cuando el gasto va a ser elevado. El papel del farmacéutico también es crucial para **defender la seguridad del fármaco**.

Rita Shane presentó lo que intentan desarrollar desde su Organización, que es un marco para evaluar los fármacos. Para ello trabajan junto al cuadro médico, con el objetivo de ayudar a la hora de elegir tratamiento para que este sea el más adecuado para el paciente hospitalizado.

Figura 19: Puntos en los que trabaja.



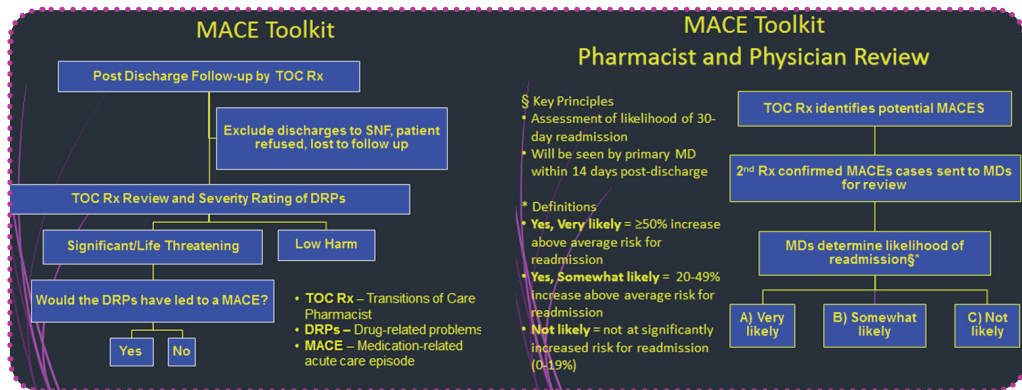
La medicina de precisión ha sido una terapia muy esperada y por ello se han desarrollado diecisiete Guías desde el *Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium* (CPIC) para evaluar el uso de este tipo de terapia y evitar el riesgo de un sobreeso. También se insiste en la importancia de educar a los profesionales sanitarios sobre este tipo de terapia asegurar un uso correcto.

En California se publicó un Libro Blanco en el que se habla del *Comprehensive Medication Management* (CMM) para pacientes de alto riesgo en el que el servicio clínico debe estar basado en la evidencia. Lo que se pretende es **disminuir los costes y mejorar los resultados** de las enfermedades crónicas asegurando una prescripción óptima, una monitorización, una educación y el uso de medicamentos que involucren a médicos, farmacéuticos y pacientes. Con esto se conseguirán además mejores resultados en calidad de vida, educación del paciente, acceso al medicamento y adherencia.

Cuando entra un paciente con riesgo elevado, se sigue un flujo de acciones, presentado anteriormente (ver Figura 12), donde el farmacéutico siempre está presente. Se ha demostrado que este modelo da muy buenos resultados porque tanto el médico como el paciente ven positiva su función dentro del flujo. Además, existen datos que han demostrado que este modelo es **coste-eficaz**, que se aumenta la adherencia y se reducen los errores en la medicación y los reingresos.

Rita Shane expuso una metodología que están llevando a cabo en su centro para detectar a los pacientes con episodios agudos relacionados con la medicación (*Medication-related Acute Care Episodes MACE*) y prevenir que se produzcan. El objetivo primario es evaluar el impacto que tiene el seguimiento post-alta por parte del farmacéutico en este tipo de pacientes de alto riesgo. Lo que se demostró, después de seis semanas de estudio, fue que existen problemas relacionados con el fármaco y que los farmacéuticos consiguieron resolver esos problemas previniendo así los MACEs.

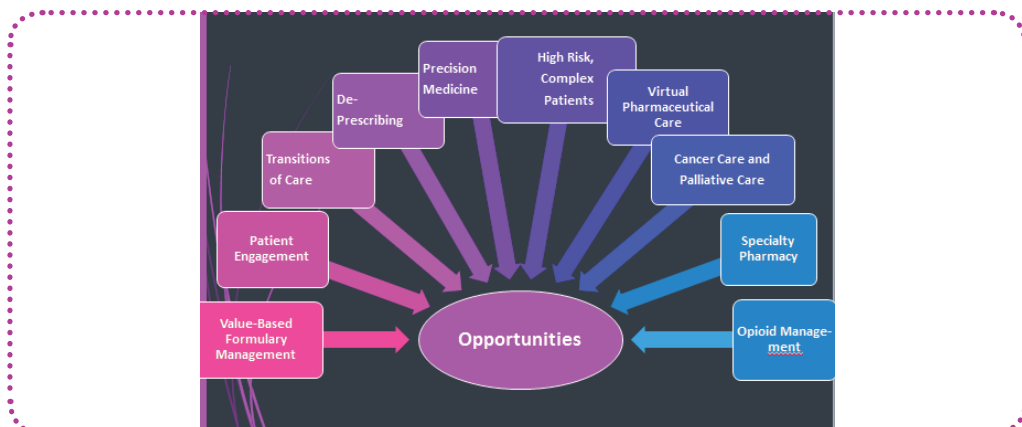
Figura 20: Flujo que siguen en el Centro Sinaí para determinar pacientes MACE.



## Conclusión

El valor que proporcionan los farmacéuticos aporta **oportunidades que facilitan el uso efectivo y seguro de medicamentos**. Por eso es imperativo que empiecen a ser **líderes**.

Figura 21: Ejemplo de todas las oportunidades en las que los farmacéuticos pueden participar.









## NOTAS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Post**  
**MIDYEAR2016**  

---

**Share and Grow**