

Orlando



POST MIDYEAR 2017

CREATING THE FUTURE

13 FEBRERO 2018

INFORME DE SEGUIMIENTO Y CONCLUSIONES POSTMIDYEAR2017

ÍNDICE

pág. 5	Introducción
pág. 5	Bienvenida Miguel Ángel Calleja Hernández, Ana Vieta
pág. 7	Plan Estratégico de la American Society of Health System Pharmacists (ASHP) Douglas J. Scheckelhoff
pág. 14	ASHP y SEFH. Estrategias comunes Ana Lozano, Douglas J. Scheckelhoff y Miguel Ángel Calleja
pág. 20	Mesa I: Mejores iniciativas y prácticas en pacientes no ingresados. Atención farmacéutica en pacientes externos, ambulatorios, crónicos, en urgencias y en transición asistencial Ramón Morillo, Manuel Vélez, José Manuel Martínez
pág. 30	Mesa II: Debates y desafíos terapéuticos en pacientes hospitalizados. Avances en la especialización clínica farmacéutica Olga Delgado, José Antonio Marcos, Irene Zarra
pág. 39	Mesa III: Liderazgo estratégico en los Servicios de Farmacia. Medidas para una gestión y organización eficaz Javier García Pellicer, Andrés Navarro Ruíz, Pere Ventayol Bosch
pág. 46	Clausura: La docencia como herramienta para crear el futuro José Luis Poveda Andrés
pág. 49	Cierre jornada Miguel Ángel Calleja Hernández



INTRODUCCIÓN

Con motivo de la celebración del Congreso “ASHPMIDYEAR” en Orlando, Estados Unidos en diciembre de 2017, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), en colaboración con los laboratorios Amgen, organizó el pasado 13 de febrero de 2018 en Madrid la jornada POSTMIDYEAR 2017, reuniendo a más de un centenar de expertos en Farmacia Hospitalaria.

El principal objetivo de esta jornada anual es resumir las conclusiones extraídas del Congreso de la Sociedad Americana ASHP (*American Society of Health System Pharmacists*).

BIENVENIDA

(Miguel Ángel Calleja Hernández, Ana Vieta)



Ana Vieta, *Value, Access and Policy Director* en Amgen, inauguró la jornada con el lema del Congreso, “**Creating the future**”, que representa la responsabilidad de los farmacéuticos hospitalarios en construir futuro y su gran vocación para **mejorar la calidad de vida de los pacientes**. Para conseguir estos objetivos y mejorar el nivel de la Farmacia Hospitalaria española, se forjan relaciones internacionales con diferentes sociedades, como con la Sociedad Americana ASHP (*American Society of Health System Pharmacists*).

Agradeció a los farmacéuticos hospitalarios españoles que fueron entrevistados durante el Congreso su participación y colaboración, dando su visión acerca de lo aprendido durante las conferencias. También transmitió su agradecimiento a los 9 miembros de la SEFH que acudieron al Congreso, por el trabajo y esfuerzo realizado para conseguir un excelente ejercicio de síntesis.

Las 3 rutas principales que se siguieron para poder orientar esta edición del POSTMIDYEAR, y las cuales se desarrollarán durante la jornada y compondrán las 3 mesas son:

1. **El paciente no hospitalizado:** centrada en la individualización del tratamiento del paciente, función que puede llevar a cabo el farmacéutico de hospital.
2. **El paciente hospitalizado:** muestra el papel relevante del farmacéutico hospitalario en el trato al paciente. Esto se puede conseguir mediante educación, tanto científica como humanística, y mediante la tecnología que permite recoger datos, analizarlos e incorporarlos a la asistencia del paciente.

3. Herramientas de liderazgo: pretende mostrar la optimización de los Servicios de Farmacia, de los recursos y de la formación de personal, tanto a nivel técnico como de liderazgo.

El acto de clausura dará fin a la jornada. Este está ligado a lo que se pretende llevar a cabo junto a la SEFH y a los profesionales, para mejorar su carrera a nivel docente y formativo.

Otro punto muy importante destacado durante este POSTMIDYEAR es la conciliación, es decir, el equilibrio entre la vida personal y la profesional. Es trascendental obtener este equilibrio para conseguir optimizar y mejorar el servicio que se les presta a los pacientes.

Ana Vieta recalcó el sentido de compromiso que tiene Amgen con este tipo de iniciativas, en las que colabora de forma estrecha con la SEFH desde hace 9 años. Amgen está comprometido con la investigación y desarrollo de fármacos innovadores, como son los biosimilares, que tratarán enfermedades graves y favorecerán la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud liberando recursos para tratamientos futuros. El compromiso de Amgen irá ligado en trabajar junto a los farmacéuticos de hospital para tratar estas enfermedades graves y tratar correctamente a los pacientes, haciendo un uso seguro, racional y adecuado del medicamento.

Miguel Ángel Calleja, presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, por su parte agradeció a Amgen su colaboración y compromiso con este tipo de proyectos en los que la SEFH y la Farmacia Hospitalaria pueden internacionalizarse más para aprender de los demás. Su lema es **“Juntos llegamos más lejos”**, y este año concreto, la consigna tomada del congreso de Palma de Mallorca **“La salud nos mueve”**. Por ello se crean partenariados con Amgen, con la ASHP y con otras sociedades e instituciones científicas, para conseguir llegar más lejos.

Para finalizar, Miguel Ángel Calleja se sumó al agradecimiento al equipo de la SEFH que acudió al Congreso, por el trabajo y esfuerzo realizado durante todo el año y el tiempo dedicado. Gracias a ellos se van a poder obtener las claves para que los Servicios de Farmacia Hospitalaria mejoren en innovación terapéutica, en organización, en sostenibilidad y en la visión de futuro que hay que poseer en esta profesión. **El momento es “ahora”**, el “ahora” es importante para crear ese futuro y mejorarlo para que depare muchos aspectos positivos. Es el momento crucial para que el futuro sea muy bueno para todos.



PLAN ESTRATÉGICO DE LA *AMERICAN SOCIETY OF HEALTH SYSTEM PHARMACISTS (ASHP)*

Douglas J. Scheckelhoff



La primera sesión de la jornada iba a estar en manos de Paul W. Abramowitz, vicepresidente de *Practice Advancement* de la *American Society of Health-System Pharmacists*, pero por problemas personales no pudo acudir. En su lugar Douglas J. Scheckelhoff, vicepresidente senior de la *ASHP Office of Practice Advancement*, pudo resumir los planes estratégicos de la ASHP para el 2018 y hacer una comparación con los de la SEFH. La ASHP, situada en Maryland, celebra este año su 75 aniversario. Su función es crear y ofrecer diferentes productos, servicios y programas en distintas áreas, entre las que destacan:

- Acreditación de residencia de Farmacia y programas de capacitación de técnicos.
- Acreditación de prácticas de Farmacia (a través del Centro de Acreditación de Práctica de Farmacia).
- Certificación de técnicos de Farmacia (a través de la Junta de Certificación de Técnico de Farmacia).
- Formación continuada y recursos de certificación para farmacéuticos y técnicos de Farmacia.
- Información sobre medicamentos y publicaciones relacionadas.
- Editor de *American Journal of Health-System Pharmacy* (AJHP).
- Conferencias, reuniones y talleres educativos nacionales e internacionales.
- Práctica de Farmacia y servicios de consultoría de procesos de uso de medicamentos.
- Otros productos y servicios relacionados con la práctica de la Farmacia.

Es una Sociedad muy grande, con 230 personas trabajando e innovando día a día para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La organización está formada por **más de 45.000 miembros** entre los cuales se encuentran estudiantes, internos, técnicos y jubilados.



Debido a que no existe una formación adecuada para los farmacéuticos, cuentan con un elevado número de **programas de educación**, tanto presenciales como *online*. Además, organizan otro tipo de eventos, como un congreso sobre liderazgo que lleva celebrándose 20 años destinado a directivos y líderes de Farmacia; o congresos para residentes o estudiantes, cuyo valor reside en que son los futuros prescriptores. A parte, para fomentar esta educación, cada estado en Estados Unidos tiene una Asociación para los farmacéuticos de hospital, y la ASHP colabora con cada una de ellas. La ASHP también realiza **publicaciones**. Hace 60 años se empezó a publicar un libro para el Servicio de Formulación de los hospitales, en el que se recoge información objetiva acerca de los fármacos hospitalarios. Cuentan además con la publicación del *American Journal of Health-System Pharmacy* (AJHP), tanto en formato digital como impreso. Una de las funciones de la Sociedad Americana es intentar **definir lo que la práctica debería ser y el papel de los farmacéuticos de hospital** para que todos los centros sanitarios trabajen al mismo nivel y que este sea muy alto para, de esta forma, proporcionar la mejor terapia farmacológica disponible al paciente, pautando fármacos seguros, optimizando el tratamiento y minimizando costes.

En Estados Unidos también existen **programas de residencia** al igual que en España. Además, existen **iniciativas de seguridad y calidad**, como posiciones de trabajo conjunto con la *Food and Drug Administration* (FDA) para estandarizar las concentraciones de las infusiones intravenosas, los fármacos orales y los formatos pediátricos, alineando la práctica de todos los hospitales y mejorando de este modo la seguridad. Como todas las Organizaciones, la ASHP tiene una **visión** que es el **uso óptimo, seguro y eficaz de los medicamentos** por parte de todas las personas durante todo el tiempo. Es una visión general, ya que no se centra en que el uso vaya a ser óptimo únicamente en los hospitales, ni tampoco en un tipo concreto de persona, sino que engloba toda la cadena de profesionales implicados, así como al propio paciente.

La **misión** de un farmacéutico es **ayudar a las personas a conseguir sus objetivos en salud** de una forma óptima, con el uso tanto de terapias farmacológicas como no farmacológicas. De forma complementaria, **misión de la ASHP** es **ayudar a sus miembros a lograr este cometido** promoviendo y apoyando la práctica profesional de los farmacéuticos en hospitales, sistemas de salud, clínicas ambulatorias y otros entornos que abarcan todo el espectro del uso de medicamentos. Así pues, lo que prima es cómo trabajan los farmacéuticos, y no tanto el dónde.

El plan estratégico de la ASHP se divide en **tres prioridades estratégicas**, cada una de ellas con unos objetivos específicos que alcanzar. Estas prioridades son las siguientes:

- “Nuestros pacientes y su atención sanitaria”
- “Nuestros miembros y colaboradores”
- “Nuestros empleados de la ASHP y su rendimiento”

Prioridad estratégica 1, nuestros pacientes y su atención sanitaria:

Esta prioridad estratégica presenta seis objetivos principales, que son los siguientes:

1. Mejorar la salud y el bienestar de los pacientes optimizando los resultados de la terapia farmacológica durante todo el ciclo de tratamiento.
2. Práctica avanzada en Farmacia durante todo el tratamiento.
3. Facilitar la preparación de todo el equipo farmacéutico.
4. Mejorar la atención al paciente mejorando el bienestar y la capacidad de adaptación de farmacéuticos, estudiantes de Farmacia y técnicos farmacéuticos.
5. Avanzar en la creación de una carrera profesional bien definida para los técnicos de Farmacia realizando sus roles de atención al paciente, sus responsabilidades y contribuciones vitales para mejorar los esfuerzos directos de atención al paciente de los farmacéuticos.
6. Abogar por leyes, regulaciones y estándares que mejoren el cuidado del paciente.

Objetivos 1 y 2 de la prioridad estratégica de nuestros pacientes y su atención sanitaria

Douglas J. Scheckelhoff presentó un ejemplo de cómo están trabajando en la ASHP para conseguir los objetivos 1 y 2.

En 2010 la ASHP celebró una convención para mejorar la práctica clínica farmacológica. En esta reunión, a la cual acudieron más de 100 líderes de opinión del sector farmacéutico, se promovió una iniciativa a partir de la que fueron desarrolladas más de 100 recomendaciones. Estas recomendaciones indican cómo deben ejercer la práctica los farmacéuticos, cómo deben utilizar la tecnología, y cómo utilizar herramientas de asesoramiento para mejorar y saber que están ejerciendo su trabajo correctamente y de forma segura. En 2014, a partir de esta iniciativa, se llevó a cabo la llamada **Practice Advancement Initiative** (PAI). A partir de esta iniciativa se desarrollaron **25 recomendaciones específicas** relacionadas con la práctica clínica de atención ambulatoria. Algunos ejemplos de estas recomendaciones son:

- Los farmacéuticos tienen que ser miembros integrales de los equipos de atención en todas las clínicas.
- El foco de los farmacéuticos debe ser todo el espectro del proceso de uso de medicamentos.
- Se recomienda crear nuevos modelos de atención para ampliar el acceso a las farmacias.
- Farmacéuticos tienen que estar integrados en clínicas y deben brindar la misma atención sanitaria que darían los especialistas y los generalistas.

La ASHP está implicada en el desarrollo de **herramientas** para que los farmacéuticos mejoren su práctica. Estas herramientas, en general, son de **autoevaluación** y sirven para valorar si el hospital cumple con las recomendaciones de la iniciativa. De esta forma, el hospital puede priorizar los cambios para conducir la mejora de la práctica clínica.

Hoy en día en Estados Unidos, el papel de los **farmacéuticos en el cuidado ambulatorio** se está expandiendo. Casi la mitad de los sistemas de salud tiene farmacéuticos ejerciendo en clínicas ambulatorias pautando el tratamiento. El número ha ido aumentando desde el 2006, cuando tan solo ejercía el 30% en estas condiciones. Aun así, se debería implicar más a los farmacéuticos en la toma de decisiones de los fármacos a pautar y en el seguimiento del paciente, ya que son los que manejan la medicación del paciente.

Los marcos de atención ambulatoria más comunes en los que el farmacéutico ejerce de forma directa con el paciente son las clínicas de anticoagulación (48%), las clínicas de oncología (44%) y las clínicas de gestión farmacológica o clínicas de farmacoterapia (32%). Estos farmacéuticos de los centros de atención ambulatoria representan el segmento de mayor crecimiento de los miembros de la ASHP.

La ASHP respalda el cambio de modelo de práctica de las farmacias de atención ambulatoria y facilita **herramientas para transformar la práctica** ayudando, de esta forma, a los farmacéuticos a dedicar la mayor parte de su tiempo a la atención directa del paciente. Ejemplos de estas herramientas transformadoras son:

- Registros electrónicos interconectados entre hospitales del historial médico, que ayudan al acceso de la información del paciente.
- Automatización avanzada del proceso de distribución de fármacos, algo que en España funciona muy bien, donde más del 80% de la dispensación en hospitales funciona con esta tecnología.
- Mayor uso de técnicos de Farmacia certificados. En Estados Unidos no existe un único estándar de formación para los técnicos, este viene determinado por cada Estado.
- Maximizar el uso de la verdadera atención basada en equipos interprofesionales. Este tipo de atención es más común en los hospitales, pero cada vez se ve más en el entorno de atención ambulatoria.

Los nuevos **sistemas de información clínica** que facilita la ASHP y el análisis de datos ayudan a identificar a los pacientes con enfermedades concretas y con problemas relacionados con la medicación, como pueden ser:

- Enfermedades específicas
- Problemas relacionados con las drogas
- Polifarmacia
- Eventos adversos de drogas prevenibles
- Resultados previos de la terapia de medicación subóptima

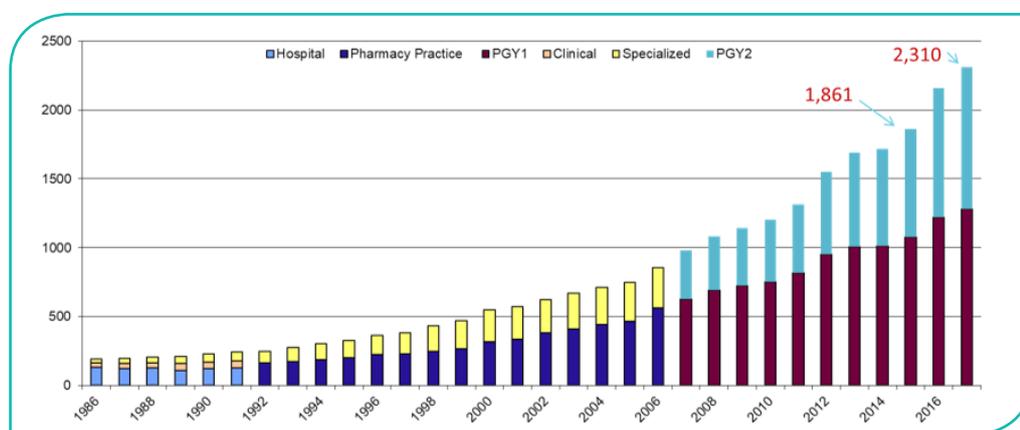
Ya hay muchos hospitales que han adaptado estos **historiales clínicos electrónicos**, lo que facilita la transmisión de información de una forma más sencilla la información y el manejo de esta por parte del farmacéutico.

Objetivo 3 de la prioridad estratégica de nuestros pacientes y su atención sanitaria

Para conseguir el objetivo 3 relacionado con la preparación de todo el equipo farmacéutico, la ASHP facilita y participa en **programas de residencia para farmacéuticos de postgrado**. La organización sirve, desde el año 1962, como Organismo de Acreditación para los programas de residencia en Estados Unidos y también de acreditación de residencia internacional.

Actualmente existen más de **2.300 programas de formación** para formación de postgrado. En los últimos 5 años ha aumentado un 35% el número de farmacéuticos que prosiguen su carrera en el ámbito de Farmacia Hospitalaria, y esta cifra continúa agrandándose cada año. En la **Figura 1** se puede ver cómo cada vez más licenciados deciden realizar el primer año de postgrado (PGY1) y pasa al segundo año (PGY2), que sería una residencia más especializada.

Figura 1. Crecimiento de los programas acreditados por la ASHP de residencia de Farmacia.



En Estados Unidos las plazas de acceso a los programas de postgrado son limitadas, solo hay para dos tercios de todas las solicitudes. Por lo que sería un reto aumentar el número de plazas en los hospitales.

Como se ha comentado anteriormente, la ASHP es el organismo que acredita la residencia a nivel internacional desde 2009. La ASHP acaba de aprobar un **estándar de acreditación de prácticas farmacéuticas internacionales** y sigue creciendo en cuanto a acreditaciones de programas de residencia internacional se refiere. Se han creado programas de residencia con Arabia Saudí, Qatar y los Emiratos Árabes Unidos, se espera la confirmación a finales del 2018 de los programas en Egipto y posiblemente se vayan a crear programas en España e India.

El hecho de tener unos estándares permite poder evaluar los programas de práctica, tanto en el hospital como en la farmacia, y que los solicitantes puedan conocer lo que han seleccionado y saber qué necesitan para poder acceder a los programas de residencia.

Objetivo 5 de la prioridad estratégica de nuestros pacientes y su atención sanitaria

El objetivo 5 está relacionado con la creación de una **carrera profesional bien definida para los técnicos farmacéuticos** realizando sus roles de atención al paciente y sus responsabilidades. Para conseguirlo se han llevado distintas actividades desde la ASHP. Con el objetivo de desarrollar estándares de formación de alta calidad para los técnicos, la ASHP y *Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE)* convocaron en 2017 una Conferencia de Stakeholders de Técnicos de Farmacia con empleadores de farmacia y hospitales para abordar diferentes puntos que aseguren que los programas se pueden ampliar. Estos puntos fueron:

- Roles de técnico
- Prácticas estandarizadas
- Certificación
- Leyes y regulaciones

Durante el ASHPMIDYEAR, la ASHP anunció la formación de un nuevo Foro de Técnicos de Farmacia, con su propio Comité Ejecutivo, y su boletín de noticias, donde los técnicos asociados podrán trabajar juntos para cubrir sus propias necesidades. Los objetivos de este foro son:

- Proporcionar afiliación profesional a los técnicos de Farmacia
- Profesionalizar y elevar la fuerza de trabajo de técnico de Farmacia. El objetivo es que los técnicos no lo vean como un trabajo, sino como una profesión en la que podrán avanzar profesionalmente. Se les está dando importancia porque en Estados Unidos hay más técnicos farmacéuticos que farmacéuticos en los hospitales.
- Permitir que los farmacéuticos brinden atención directa al paciente ofreciéndoles formación.
- Abordar las futuras necesidades de atención médica ya que las nuevas opciones terapéuticas que llegan son cada vez más complejas

Con esta iniciativa, la ASHP les ofrece ser miembros de una Organización, para que puedan **mejorar su formación y aumentar la red profesional**. Se considera que los técnicos de Farmacia una fuerza importante, por ello se les da importancia y herramientas para mejorar su práctica.

Actualmente el 78% de los técnicos de Farmacia en hospitales están certificados por el *Pharmacy Technician Certification Board (PTCB)* y el 13% ha completado el programa de prácticas acreditado por ASHP-ACPE. Los técnicos de Farmacia están involucrados en **áreas de alto riesgo** del sistema de salud y necesitan educación especializada y capacitación apropiada a su área de trabajo, como por ejemplo para las preparaciones intravenosas, incluyendo la quimioterapia. Cada vez están adoptando **funciones más avanzadas**, como pueden ser las siguientes:

- En los procesos tecnológicos de comprobación de tecnología (*Tech-check-tech*, procesos donde los técnicos supervisan a otros técnicos, dando buenos resultados ya que se presta la atención requerida).
- Facilitar el alta del paciente (transición de la atención, programas de asistencia con medicamentos).
- Dispensar con supervisión remota de vídeo para aumentar la seguridad, haciendo un seguimiento más personalizado del paciente.
- Administrar vacunas y ciertos medicamentos.
- Técnicos con conocimientos informáticos para asegurar que todo funciona bien, ya que cada día se utiliza más la tecnología para la dispensación de medicamentos y para seguimiento del paciente.
- Trabajar con un seguro para autorización previa, por ejemplo, en el caso de sustancias controladas como los opiáceos.

- Manejo controlado de sustancias/mitigación de desvíos, para asegurarse que no se están desviando sustancias controladas.
- Recolectar datos para farmacéuticos en hospitales y clínicas (lista de medicamentos, evaluación inicial). Los técnicos tienen un papel fundamental a la hora de hacer el listado de medicamentos que necesita el paciente. Lo hacen de forma muy eficiente y exhaustiva y es algo crucial para el correcto manejo del paciente.
- Técnicos de la unidad de cuidado del paciente para obtener fármacos y controlar que haya acceso a esos fármacos.
- Funciones de liderazgo (supervisor de productos estériles, gerente de compras).

Prioridad estratégica 2, nuestros miembros y colaboradores

Esta prioridad estratégica está compuesta por 5 objetivos principales que son los siguientes:

1. Mantener un nivel elevado de satisfacción y valor de los afiliados.
2. Aumentar y retener una afiliación comprometida y diversa.
3. Proporcionar herramientas para apoyar los esfuerzos de los afiliados estatales de ASHP para mejorar la atención del paciente y avanzar en la práctica farmacéutica.
4. Aprovechar las relaciones fuertes y sostenibles para expandir el alcance, la influencia y el impacto de ASHP fuera del mundo farmacéutico.
5. Proporcionar productos y servicios para cubrir las necesidades de nuestros miembros y consumidores.

Objetivo 4 de la prioridad estratégica de nuestros miembros y colaboradores

El objetivo 4, que consiste en aprovechar las relaciones fuertes y sostenibles para expandir el alcance, la influencia y el impacto de ASHP se apoya en las **relaciones institucionales con diferentes Asociaciones** de Estados Unidos para mejorar el trato con el paciente. Además de las relaciones con todas las Organizaciones de Farmacia de Estados Unidos, existen relaciones para trabajar sobre ciertos objetivos comunes con otras asociaciones, como son, entre otras:

- **American Hospital Association:** escasez de fármacos, precio de fármacos.
- **American Nurses Association:** seguridad de la medicación, escasez de fármacos.
- **U.S. Government Agencies:** *Food and Drug Administration (FDA)*, Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid*, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- **National Academy of Medicine:** Resiliencia y bienestar del personal clínico (hoy en día la ASHP es la única asociación de farmacéuticos que trabaja sobre esta iniciativa para asignar recursos para **equilibrar la vida personal con la profesional** de todos los clínicos implicados, no solo médicos o farmacéuticos, y gestionar el nivel de estrés de los empleados).
- **Institute for Safe Medication Practices (ISMP):** Iniciativas de medicación segura.
- **American Association of Physician Leaders:** Certificación de los líderes, directores generales, liderazgo de gestión de opiáceos.
- **American Board of Internal Medicine:** Se basan en una serie de recomendaciones para conocer qué no se necesita o qué sí, y optimizar los recursos.
- **Advancement of Medical Instrumentation Association:** Estándares de seguridad de la bomba intravenosa.
- **Society of Critical Care Medicine:** Guías clínicas.

Objetivo 5 de la prioridad estratégica de nuestros miembros y colaboradores

El objetivo 5, que consiste en proporcionar productos y servicios para cubrir las necesidades de los afiliados y consumidores, se desarrolla con las siguientes actividades:

- Abogacía
- Secciones y foros para afiliados
- Reuniones (Mitad de año, verano, liderazgo, preceptor, internacional)
- Publicaciones (más de 100 referencias, libros de texto, liderazgo y otros)
- Información sobre medicamentos (digital e impresa)
- Cursos de preparación de Certificación
- Cursos online de formación continuada a distancia
- Programas de certificación en seguridad de medicamentos, informática farmacéutica, enseñanza, formulación estéril (básicos y avanzados) y más
- Servicios de consultoría (nacionales e internacionales)
- Acreditación (nacional e internacional y tanto para programas de residencia como para técnicos farmacéuticos)

Prioridad estratégica 3, nuestros empleados de la ASHP y su rendimiento

Esta prioridad estratégica está compuesta por 4 objetivos principales los cuales son los siguientes:

1. Empoderar e involucrar al personal de la ASHP. Este objetivo quiere asegurar que los empleados de la ASHP tengan las herramientas necesarias para desempeñar correctamente su trabajo y puedan ser activos.
2. Mantener una gestión financiera eficaz. Se generan ingresos que deben proporcionar recursos a los miembros de la ASHP.
3. Fomentar una gestión efectiva y motivadora.
4. Administrar de manera efectiva la infraestructura organizacional

Objetivo 1 de la prioridad estratégica de nuestros empleados de la ASHP y su rendimiento

El objetivo 1 de esta prioridad estratégica de empoderar e involucrar al personal de la ASHP ha conseguido que la ASHP haya logrado varios reconocimientos como el *Best Workplace por el Washington Post* en 2016 y 2017 y por el *Modern Healthcare* en el 2017.

ASHP Y SEFH. ESTRATEGIAS COMUNES

(Moderadora: Ana Lozano, Vicepresidenta de la SEFH, Ponentes: Douglas J. Scheckelhoff, *Senior Vice President ASHP Office of Practice Advancement*, y Miguel Ángel Calleja, Presidente de la SEFH)



Tras la presentación del plan estratégico de la ASHP, **Miguel Ángel Calleja** presentó el plan estratégico 2015-2019 de la SEFH para poder hacer una comparativa de ambas. El lema del plan estratégico es “**Juntos, llegamos más lejos**”. Con este lema se pretende crear una filosofía o una cultura de **alianza permanente**. La alianza puede ser a nivel interno, dentro de los Servicios, dentro de la Sociedad y entre los socios, promoviendo actividades formativas para trabajar en equipo en los Servicios de Farmacia para así conseguir de forma optimizada los objetivos. A nivel externo, se promueven alianzas con otras Sociedades Científicas y con otras Instituciones. Hay que tener claro que la filosofía de alianza no implica que se tenga que estar de acuerdo en todo con la Sociedad o persona con la que se trabaje, lo que hay que tener claro es que el objetivo principal es **llegar más lejos**.

El plan estratégico de la SEFH está compuesto de **5 ejes principales**, los cuales se pueden encontrar detallados en la página web de la SEFH. Estos 5 ejes son los siguientes:

1. Organización

Relacionado con este eje, se planteó dotar a la Sociedad de una **estructura interna organizativa** (grupos de trabajo, Junta de Gobierno, Junta Directiva, equipo de la sede). Debe estar orientada a una gestión más eficaz, que pueda adaptar su servicio a las necesidades que se plantearon en una encuesta realizada por la Junta Directiva anterior, a más de 500 socios.

La organización debe tener un **plan de comunicación**, tanto interno como externo. La comunicación interna debe mejorar. Esto se ha ido trabajando con mayor implicación y participación de toda la Junta de Gobierno y de las diferentes Direcciones que tiene la SEFH. A nivel externo se debe mejorar la comunicación, ya que se percibe que la sociedad civil no conoce todas las aportaciones que realiza la SEFH. Es por ello que se ha llevado a cabo un plan de comunicación para que los medios, no solo los especializados en Farmacia Hospitalaria, den a conocer los servicios que se ofrecen desde Farmacia Hospitalaria.

Otro objetivo importante de este eje es **garantizar la sostenibilidad económica y financiera**. Para ello se trabaja con los financiadores de forma contractual mediante convenios, contratos o acuerdos. De esta forma quedará transparentado cualquier tipo de colaboración de cualquier Institución con la Sociedad. La SEFH sigue el modelo de otras Sociedades, como por ejemplo de la ASHP, organizando y asumiendo congresos anuales con el objetivo de garantizar la sostenibilidad económica de la SEFH.

2. Socios

El planteamiento de este eje es facilitar la **participación activa** de los socios mediante los distintos medios ofrecidos por la SEFH, como por ejemplo la web. Se pretende identificar futuros líderes de la profesión, los que tienen la posibilidad de realizar diferentes actividades formativas, tanto presenciales como online.

La sociedad ha crecido en los últimos años, el **número de socios ha ido aumentando** a lo largo de los años, llegando en el 2017 a 3.586 socios.

En cuanto a las **necesidades individuales** de los socios en cada etapa de su carrera, la SEFH ofrece rotaciones y becas de estancia en otros centros vehiculizadas a través de la Sociedad, a residentes y adjuntos en periodos iniciales de formación. Ha creado también un apoyo a las tesis doctorales, cursos de formación continuada y cursos de formación específica, como BPS en sus diferentes modalidades.

3. Profesionales sanitarios

Desde la Sociedad, se intenta **asegurar el liderazgo científico-técnico**. Para ello la presencia activa en el Sector Sanitario junto a otras Instituciones puede ser importante para trasladar lo que se hace desde la Sociedad, cómo se hace y qué beneficios pueden obtener las Instituciones. Es por ello por lo que se han trabajado diferentes actividades junto a la Agencia Española del Medicamento, al Ministerio de Sanidad y al Ministerio de Educación para ofrecer formación a los técnicos. También se está trabajando la cuestión de la especialidad y qué ocurre con ella. El Ministerio ha hecho una propuesta y está esperando que sea respondida de forma coordinada y conjunta por la Sociedad.

Se está dando un paso importante de **apoyo a los Delegados Autonómicos**. La Junta Directiva de la SEFH ha ido a distintas comunidades autónomas para defender el papel de los farmacéuticos de hospital o el papel de los farmacéuticos de hospital en los centros sociosanitarios con el apoyo a programas como el Resi-EQIFar de la Comunidad Valenciana. También ha acudido a las comunidades para saber qué va a pasar en el futuro con la especialidad de Farmacia Hospitalaria, si tiene que crecer, y cómo hacerlo, y para saber cuáles son las competencias y los ámbitos de actuación.

En cuanto a las **relaciones institucionales**, la SEFH trabaja junto a diferentes Sociedades Científicas. Siempre se sigue el mismo protocolo, que es llevar a cabo una reunión con los dos presidentes, o las dos Juntas Directivas, en la cual se firmará un convenio con un acuerdo específico para realizar actividades específicas durante el primer año. Un ejemplo de estas relaciones es un curso a través de SEIMC sobre los programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA). Con SEMICYUC se ha realizado un grupo de trabajo entre los farmacéuticos que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y los intensivistas que forman parte de SEMICYUC. Con la colaboración de la Asociación Española de Urología, se ha realizado una guía de recomendación para la utilización de fármacos potencialmente peligrosos. No se deja de lado a las Sociedades Autonómicas, hoy en día la SEFH tiene un proyecto con la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica para generar una red de antidotos a nivel nacional.

Respecto a la **internacionalización de la SEFH**, se ha avanzado mucho en la relación con la Sociedad Europea de Farmacéuticos de Hospital (*European Association of Hospital Pharmacists*, EAHP) aumentando el número de personas que forman parte de la asamblea. La SEFH ha colaborado de forma activa con el proyecto formativo de la Farmacia Hospitalaria y de las competencias comunes a nivel europeo, con el



objetivo de poder adaptarlo a nivel nacional. Con la ASHP se llevan a cabo proyectos formativos, de entrenamiento y proyectos de los cuales se aprenden los avances que ellos tienen en la práctica clínica. De esta forma se podrán aplicar en un futuro en la Sociedad Española.

4. Paciente y sociedad

Este plan es un plan global centrado en las personas. La SEFH ha trabajado mucho en buscar dar la **máxima calidad en la práctica asistencial**. Se pueden destacar los procedimientos relacionados con las hojas de información al paciente que son adaptables a los hospitales. También se pone a disposición de los miembros una web de información a pacientes.

La forma de atender a los pacientes se puede sistematizar, por ello se crean diferentes proyectos, entre los cuales se puede destacar el **proyecto MAPEX** con el modelo de selección y estratificación y atención farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas. También se trabajan, dentro de este proyecto, otras cuestiones como por ejemplo el Día de la Adherencia y otros programas asociados a ello. Se está desarrollando también el sistema de certificación de áreas de pacientes externos.

Referido a la **percepción pública** de los farmacéuticos de hospital, se ha defendido la forma en la que la Farmacia Hospitalaria apoya la mejora de la calidad asistencial de los pacientes externos a los que se les dispensa fármacos de dispensación hospitalaria, y muchos son de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto. La mejora en la atención de estos pacientes viene por el hecho de que se les atiende en el hospital.

Desde la SEFH también se reivindica el papel de la Farmacia Hospitalaria en la atención a pacientes en centros sociosanitarios. Esto se puede cuantificar en una mejora porque se reducen los efectos adversos, los reingresos y porque se mejora el número de discrepancias debido a la conciliación, y además hay un margen de eficiencia de 132 millones de euros cada año. Con todo esto se puede decir que los farmacéuticos de hospital están colaborando con la **sostenibilidad del sistema**.

Para trabajar la percepción pública, se acaba de dar pistoletazo de salida al **portal de asesoría metodológico** que ha liderado el Director de Innovación e Investigación José Manuel Martínez Sesmero, en el que cada miembro puede aportar ideas de proyectos. La SEFH ayudará a convertir ese proyecto en un proyecto de alta calidad científica. La SEFFH también está implicada con los residentes. Se ha publicado el Manual de Investigación e Innovación para residentes en Farmacia Hospitalaria.

Establecer **alianzas con Asociaciones de pacientes** es algo esencial en este punto. Con ellas se trabaja en proyectos conjuntos y coordinados. En alguno de ellos estas exponen las necesidades de sus pacientes para que la SEFH las incorpore a su plan estratégico. Algunos ejemplos de Asociaciones con las que trabaja la SEFH son la Asociación de Cáncer de Páncreas o la Alianza frente a la Poliquistosis Renal Autosómica Dominante.

5. Gestión del conocimiento

En este eje del plan estratégico se ha trabajado mucho en **normalizar todas las actividades** lideradas desde la Sociedad, como las reuniones de las Delegaciones Autonómicas, para que todas ellas cuenten con un formato similar. En estas reuniones se trabaja desde la propia Junta Directiva dando apoyo a los Delegados Autonómicos y a cada reunión. Se organizan varias jornadas cada semana, a parte de las reuniones habituales.

Desde la SEFH se organizan muchas **actividades formativas**, con disparidad entre ellas. Se ha trabajado con el Director de Formación, Benito García, en el **programa FORMASEFH**. Se creó una plataforma que empezó a ser solo para residentes para su desarrollo profesional continuo. Ahora es una multiplataforma pensada para los residentes, para los técnicos de Farmacia y para los expertos, y está compuesta de programas de especialización.

En la **Revista de Farmacia Hospitalaria** también se han hecho cambios importantes, como por ejemplo cambios de todo el Comité Editorial. Respecto al factor de impacto y el alta en el *Journal Citation Reports* (JCR), si se consiguiera una mayor citación de la Revista de la SEFH en otras revistas, ya no harían falta más criterios de calidad. Es decir, es necesario que las publicaciones o artículos citen la Revista.

Tras presentar el plan estratégico de la SEFH, Miguel Ángel Calleja recordó que este año se celebra la **63 edición del Congreso Nacional de la SEFH** con el lema “La salud nos mueve”. Este año el Congreso tendrá una visión más amplia, y no estará centrado únicamente en el medicamento, o en el paciente que necesita un tratamiento terapéutico, sino que además tratará temas de prevención. Se fomentará también la promoción de actividades en los pacientes para prevenir que sean pacientes y que haya iatrogenia con la medicación.

Miguel Ángel Calleja terminó dando una cita, **“Hoy es el futuro”**, el futuro debe hacerse desde el presente junto a los que están trabajando ahora en los Servicios de Farmacia. Por ello se debe aprender de la Sociedad Americana, para ser capaces de concretar y traducir en qué y cómo se puede mejorar como persona, mejorar el Servicio. La SEFH por su parte, también pondrá en práctica lo aprendido para mejorar la Sociedad que, al fin y al cabo, es de todos.

Tras la ponencia de Miguel Ángel Calleja, se dio paso al debate para comentar las diferencias de los planes estratégicos de la ASHP y la SEFH.

Ana Lozano abrió el debate dirigiéndose a Douglas J. Scheckelhoff para saber qué significó el **cambio de nombre** en su Sociedad, la cual pasó de llamarse “Sociedad Americana de Farmacéuticos de Hospital” a ser la **“Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema Sanitario”**; por qué se pensó y qué consecuencias ha tenido este cambio (número de socios, actividades, relaciones, etc.). Douglas J. Scheckelhoff contestó que se cambió en los años 90 porque en la mayoría de los casos, intervenían **diferentes hospitales en la atención al paciente**, generando un sistema más eficiente, más competitivo y en ocasiones más económico. Este sistema permitía atender a un espectro más amplio de pacientes, no solo a los pacientes agudos, si no a pacientes después del alta. Por este motivo muchos hospitales y sistemas de salud empezaron a **adquirir consultas clínicas**. Además, hoy en día existen profesionales médicos independientes y autónomos que trabajan para el Sistema de Salud o para algún hospital, además de tener su consulta. Por estos motivos, ahora no se piensa en que sea el hospital el único que deba asistir al paciente. Existe una Sociedad, constituida por consultas de médicos, hospitales y sistemas de salud, que puede atender a los pacientes. Por todo esto, el nuevo nombre de la Sociedad **refleja mejor la situación actual y la realidad**. El logo también se cambió para actualizarlo y hacerlo más contemporáneo, pero se siguen dejando las siglas del nombre anterior. Douglas J. Scheckelhoff concluyó que ninguno de estos cambios ha supuesto ningún tipo de limitación.

Ana Lozano le preguntó si, en general, ha sido todo bien recibido por los socios o si alguno lo pudo ver como una amenaza dentro de los hospitales. Douglas J. Scheckelhoff explicó que, por lo general, fue bien aceptado y no se contempló como una amenaza, aunque sí que fue un reto **ayudarles a entender lo que era un sistema de salud**. Para facilitar el entendimiento, se han escrito artículos explicando en qué consiste y qué es un sistema de salud farmacéutico. Hoy en día se sigue luchando para que se entienda, pero a la vez ya se han formado sistemas de salud que implican a cientos de hospitales. Esto le hace suponer que los profesionales se están acostumbrando a trabajar en ese tipo de entorno y que entienden que no se trabaja para un único hospital.

Miguel Ángel Calleja tomó la palabra para expresar que este mismo tema supone un debate intenso en la SEFH, por la propuesta del Ministerio de Sanidad y Política Social, de que la especialidad de Farmacia Hospitalaria sea de **Farmacia Hospitalaria y de**



Atención Primaria. Durante los últimos años esta especialidad ha ido **ampliando horizontes**, y no se ha centrado solo en el hospital, sino que cada día ha atendido más al paciente que no está hospitalizado. Desde su punto de vista, la Farmacia Hospitalaria no puede centrarse solo en los pacientes ingresados, por lo que reivindica que esta especialidad se centre tanto en el paciente agudo como en el paciente crónico. Lo que se debería facilitar son **canales de comunicación** entre Atención Primaria y Hospitalaria. Pero esto es un tema que fomenta aún mucho debate y el cual habrá que someterlo a consenso para clarificar cuál es la posición de la SEFH y se hará una encuesta para conocer la opinión de los socios. Miguel Ángel Calleja defiende que independientemente de lo que pase con **la especialidad, la especialidad de Farmacia Hospitalaria no tiene el horizonte del paciente ingresado**, sino de muchos más pacientes, al igual que ocurre en Estados Unidos.

Ana Lozano volvió a intervenir para preguntarle a Miguel Ángel Calleja qué cree que se puede implantar en el plan estratégico de la Sociedad Española del plan estratégico de la Sociedad Americana. Miguel Ángel Calleja decidió centrarse en uno de los diferentes puntos que vio que se podían implementar, este es la **visión de los resultados en salud del paciente y su cuidado**. Esta línea hace que se amplíe el horizonte, es decir, que no solo se trabaje con la medicación, sino que también se trabaje con los hábitos de vida del paciente y con su seguimiento. También quiso destacar del plan estratégico de la Sociedad Americana el **papel fundamental que tienen los técnicos en Farmacia**. En el caso de España, los técnicos de Farmacia, las enfermeras, los auxiliares, y el resto de personal que no son farmacéuticos, pueden ser socios, pero socios no numerarios o socios agregados. Con el programa que ha liderado Rosa Ferré de técnicos y formación de estos, donde hay más de 1.500 técnicos inscritos, se plantea darle más protagonismo y formación a ese personal.

Ana Lozano dirigió otra pregunta a Douglas J. Scheckelhoff relacionada con los técnicos para saber qué tipo de formación previa ha tenido que tener un técnico de Farmacia antes de formarse como técnico o acceder a un hospital para ejercer de técnico. A esta pregunta Douglas J. Scheckelhoff contestó que es todo un reto para la Sociedad Americana, ya que en algunas ocasiones pasan directamente al hospital, al Servicio de Farmacia, desde el instituto. Tampoco es un requisito obligatorio que los técnicos pasen por programas de prácticas en la mayoría de los Estados, incluso no se requiere que los programas de prácticas estén acreditados. Por todo esto, la Sociedad Americana está trabajando en **eleva el nivel de formación estándar** para que los técnicos de Farmacia alcancen el nivel de prácticas esperado. También existe un examen para la certificación de técnicos de Farmacia, y alrededor del 80% de los técnicos que se presentan la obtienen. A la larga se solicitarán **más requerimientos** para que puedan trabajar en el hospital. Por otro lado, dos tercios de los técnicos de Farmacia terminan trabajando en cadenas de tiendas de Farmacia en las que se les requiere una formación certificada para poder desempeñar su puesto de trabajo.

Olga Delgado se dirigió nuevamente a Douglas J. Scheckelhoff para preguntarle acerca del siguiente reto profesional, no como sociedad científica, sino los siguientes pasos que hay que dar y en los que están apoyando y trabajando; y si la prescripción farmacéutica está en alguna alusión de los planes futuros en ambas Sociedades (americana y española). Douglas J. Scheckelhoff apostilló que, si se mira hacia el futuro, se seguirá viendo a los farmacéuticos como parte de los equipos de cuidado del paciente y se habrá elevado su nivel de formación para que lleguen a los hospitales muy bien preparados para trabajar como farmacéuticos de hospital. Se ha visto que un elevado número de hospitales ha integrado **modelos para los farmacéuticos**. Esto supone que parte de su tiempo lo dedican a la dispensación de fármacos o a la revisión de pedidos, pero la otra parte del tiempo la dedican a actividades clínicas con el resto del equipo. A parte de estos modelos, los hospitales grandes también suelen tener especialistas, como por ejemplo en Oncología o Cuidados Intensivos, que han requerido de una formación adicional y que seguirán formándose en el hospital. Esta formación continúa evolucionando, tanto

en los grandes hospitales como en los más pequeños, aunque se ve menos en estos últimos. La Sociedad espera que esto cambie y que el papel de los técnicos de Farmacia siga siendo importante. Aproximadamente el 80% de la **dispensación de fármacos ya se ha automatizado** y se espera que el nivel de sofisticación de la automatización vaya aumentando. Con este método, los farmacéuticos de hospital no tendrán que ocuparse tanto de esa parte de su trabajo. Respecto a la prescripción farmacéutica, comentó que sí se podría pensar en los **farmacéuticos como prescriptores**. Hoy en día tienen la autoridad de cambiar la medicación, de ajustar la dosis, y en algunos casos tienen la autoridad en el hospital, y en otros casos tienen la autoridad en clínicas ambulatorias. La prescripción debería ser “interdependiente” más que independiente, para que los médicos no se opongan. El objetivo de los farmacéuticos no es competir con los médicos, sino de ser interdependientes **formando parte de un equipo**, y manejando el tratamiento terapéutico o solicitando pruebas de laboratorio. Todo siempre en colaboración con los médicos y el resto del equipo.

Miguel Ángel Calleja intervino para contestar a la pregunta de Olga Delgado. El paso que debe dar la SEFH es seguir **potenciando la alta especialización** por áreas terapéuticas, al igual que en la Sociedad Americana. El farmacéutico debería subespecializarse o “superespecializarse”. Frente al Ministerio se ha presentado la necesidad de crear **áreas de capacitación específicas** después del FIR, para especialidades concretas como la Oncología, la Nutrición o la Pediatría. Referido a esta propuesta parece haber un pronóstico positivo de conseguirlo, o bien como áreas de capacitación o bien como diploma de acreditación. Miguel Ángel Calleja expuso la necesidad de que el farmacéutico potencie su papel en las **terapias individualizadas**. En su opinión, en el futuro se debería seguir ese camino, ya que se está empezando a entender que no hay dos pacientes iguales. El farmacéutico puede ser líder en la aplicación de esa cuestión en su Centro. Por su parte, el futuro del paciente en los centros sociosanitarios está incardinado dentro de la Farmacia Hospitalaria. Referido a la prescripción, desde hace años los farmacéuticos intervienen de forma directa sobre las prescripciones con modificaciones, con cambios de un medicamento por otro, y hasta ahora ha sido de forma consensuada en el seno de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Toda esta experiencia puede permitir que este tema se normalice y que haya una **normativa específica** como en otros países, como en Reino Unido, por ejemplo.

Uno de los asistentes planteó a Douglas J. Scheckelhoff la cuestión de cuál cree que es la aportación que la Farmacia Hospitalaria de España puede hacer al sistema americano. Douglas J. Scheckelhoff contestó que el modelo del sistema español tiene muchas similitudes con el modelo americano. Él está muy interesado en aprender más acerca de la formación de los residentes en España. En Estados Unidos también se ofrece esa formación, pero España tiene un **largo y buen historial de formación para residentes**. Solo tres países, Estados Unidos, Canadá y España, ofrecen ese tipo de programas. Otros países como China, Reino Unido y Australia están empezando a ofrecerlos, y se espera que algunos más como Arabia Saudí comiencen también. Él piensa que España está muy adelantada respecto a estos programas de formación adicional para los farmacéuticos que trabajan en los hospitales y es bueno aprender de esta experiencia. El plan de estudios para los estudiantes de Farmacia de la Sociedad Americana es algo diferente, al igual que el nivel de preparación, ya que el programa de residencia es algo más corto. La automatización en los hospitales españoles también es algo que se podría aplicar en la sociedad americana.

Para finalizar el debate de esta parte, Ana Lozano le preguntó a Douglas J. Scheckelhoff acerca de los programas internacionales de residencia de Estados Unidos en los que España podría entrar. Le pidió su opinión sobre las ventajas que puede tener este tipo de programas para España que ya tiene un programa oficial de formación. A esta pregunta Douglas J. Scheckelhoff respondió que lo que se ha visto es que el estándar de residencia que se ha desarrollado en Estados Unidos y el cómo se utiliza esta parte de acreditación, ayudan a tener un **estándar coherente** de este programa

de formación. En Arabia Saudí por ejemplo están ahora acreditados por su Gobierno saudita, pero siguen buscando la acreditación de la ASHP porque consideran que tiene un estándar muy elevado y quieren obtener ese reconocimiento de tan alto nivel en sus programas de formación. En Estados Unidos también hay programas de residencia que durante muchos años no estaban acreditados. Cuando se consiguió la acreditación, los programas mejoraron por el hecho de tener un grupo externo de expertos que les obliga a mantener el nivel de estandarización. Este grupo define los objetivos de aprendizaje para de esta forma mantener la calidad y el nivel elevado de los programas de formación. Él espera que se consiga lo mismo con los programas de residencia en España.

MESA I:

Mejores iniciativas y prácticas en pacientes no ingresados. Atención farmacéutica en pacientes externos, ambulatorios, crónicos, en urgencias y en transición asistencial

(Ramón Morillo, Manuel Vélez, José Manuel Martínez)



Desprescripción en general y desprescripción de benzodiazepinas

El primero en presentar fue **Manuel Vélez** del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Centró esta primera parte en dos ponencias del ASHPMIDYEAR referidas a la descripción de medicamentos, una desde una visión general y otra referida a las benzodiazepinas (BDZ).

A modo de introducción, lanzó la primera pregunta “Según las revisiones sistemáticas, ¿cuál de los siguientes efectos adversos tiene una relación causal dudosa con el uso de benzodiazepinas?” para que los asistentes respondieran. La respuesta mayoritaria fue “deterioro cognitivo irreversible”, aunque “fractura de cadera” y “accidentes de tráfico” también aparecieron como posibles respuestas correctas.

El término **desprescripción**, término que se mencionó mucho a lo largo del Congreso Americano, se refiere al **proceso planeado** de reducir o eliminar medicamentos que ya no aportan beneficio o que están causando daño. Su objetivo, por tanto, es reducir la carga de medicamentos o daño y, de modo paralelo, mejorar la **calidad de vida**. Esto supone la supresión de prescripciones inapropiadas, esto es, aquellas fundamentadas en un mal uso del fármaco y que represente un perfil de beneficio/riesgo desfavorable. Esta situación puede venir motivada por diversos factores: que el fármaco no tenga indicación para esa patología o está contraindicado, que lleve demasiado tiempo prescrito o que se asocie con un elevado riesgo de interacciones; o incluso por que el paciente no esté recibiendo el fármaco idóneo para la prevención o el tratamiento de la enfermedad.

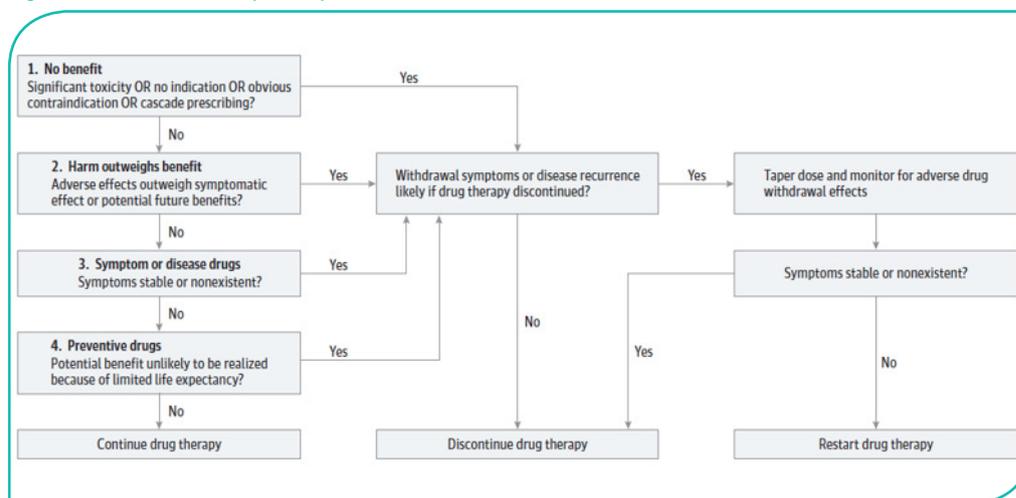
Este proceso de desprescripción debe estar basado en **cuatro pilares** fundamentales:

- Identificar los medicamentos que suponen un mayor riesgo para el paciente
- Identificar aquellos fármacos cuya simplificación o reducción más fácil
- Contar con las preferencias del paciente
- Tomar la decisión de modo colaborativo

La **metodología** a seguir para realizar una desprescripción ha de estar basada en que cada cambio o reducción se haga de forma escalonada, comunicando todas las modificaciones realizadas y haciéndolas constar por escrito. Asimismo, se debe monitorizar al paciente.

La **Figura 2** muestra un **algoritmo** que presentó Manuel Vélez para saber cuándo hay que desprescribir un fármaco. Dicho algoritmo, publicado en el JAMA, puede servir como guía para saber si se puede desprescribir o no ese medicamento; aunque hay más algoritmos disponibles.

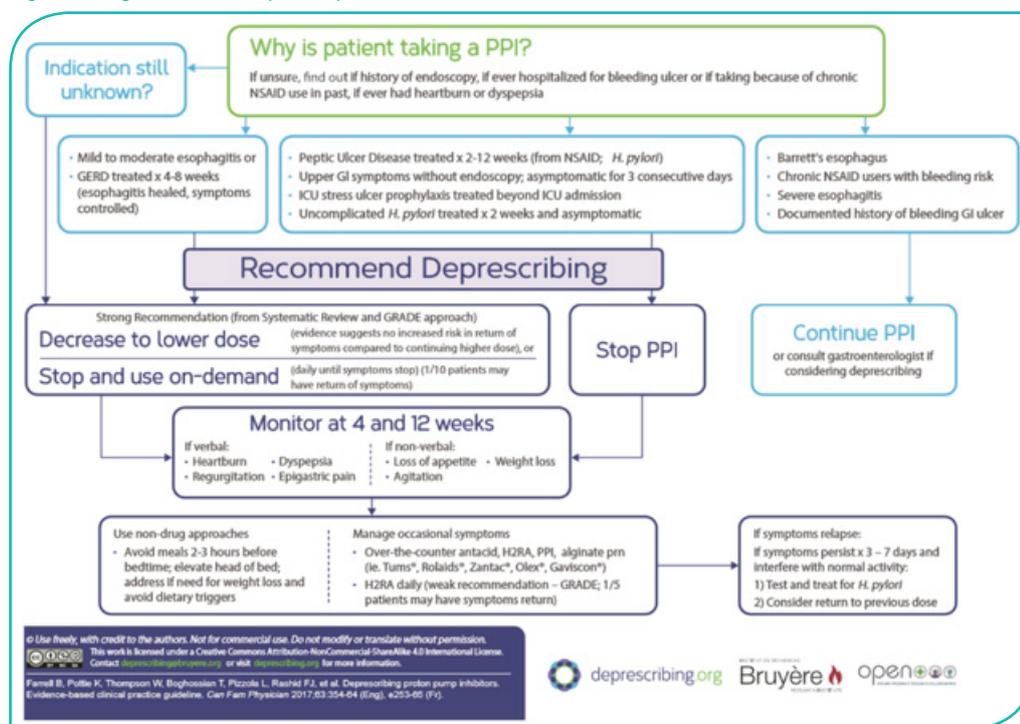
Figura 2. Proceso de desprescripción.



Tomado de Scott I et al. JAMA Intern Med 2015; 175:827-34.

Durante el Congreso Americano se presentaron 4 guías de desprescripción, que también se llevaron al Congreso Europeo y que versan sobre cómo desprescribir 4 tipos de fármacos: los inhibidores de la bomba de protones (IBPs), los antipsicóticos, los antidiabéticos y las benzodiazepinas (BZD). En la **Figura 3** se muestra el algoritmo concreto que se seguiría a la hora de desprescribir los IBPs.

Figura 3. Algoritmo de desprescripción de los IBPs.



Disponibile en <http://www.deprescribing.org/>

A medida que el paciente va envejeciendo se le van prescribiendo más fármacos, entrando así en lo que se conoce como **polifarmacia**, fenómeno que ha ido en gradualmente en aumento a lo largo de los años.

Se han querido trasladar los datos presentados en el Congreso Americano, y así poder establecer una comparativa con lo que está ocurriendo en España en lo relativo a la prescripción inapropiada. Este análisis conjunto revela que, en cuanto a **Criterios STOPP**, que son herramientas para detectar medicamentos que no se deben prescribir en pacientes mayores, España tiene mejores resultados que la media internacional; sin embargo, en cuanto a **Criterios START**, cuya finalidad es la de llamar la atención del médico sobre tratamientos indicados y apropiados, España tiene peores datos lo que significa que algunos pacientes necesitarían más prescripciones.

A la hora de prescribir es crucial **tener en cuenta la esperanza de vida** de cada paciente, puesto no tiene objeto que algunos medicamentos sigan prescritos casi al final de la vida. Ejemplos de esto son la profilaxis primaria con estatinas en pacientes con una esperanza de vida inferior a 5 años, o la prescripción de bifosfonatos en pacientes de bajo riesgo de fractura con una esperanza de vida inferior a 5 años. Precisamente en los criterios STOPP/START se refleja esta conducta, de modo que no recomiendan prescribir estatinas cuando el paciente esté al final de la vida o su edad sea superior a los 85 años.

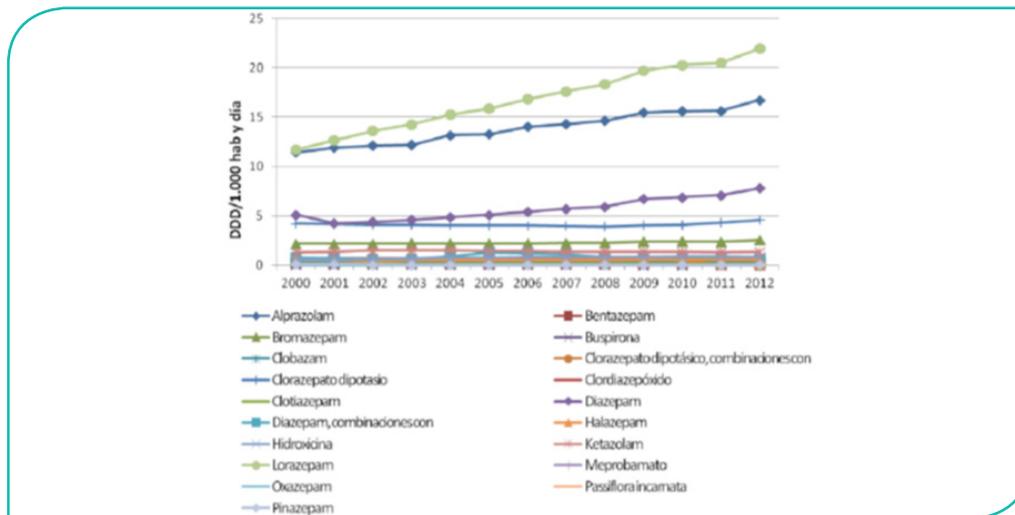
Para facilitar la prescripción y desprescripción de ciertos medicamentos existen **calculadoras de cuantificación de la esperanza de vida** del paciente. Estas calculadoras precisan que se les introduzcan una serie de datos como si el paciente está ingresado o es externo; si reside en Estados Unidos, ya que constan de un algoritmo poblacional variable según la región; y también en preguntas acerca de las comorbilidades del paciente, e incluso integra la visión que posee el prescriptor de lo que va a vivir el paciente. Una vez completado, ofrece una estimación del **riesgo de mortalidad a 10 años**.

Continuando con la ponencia, Manuel Vélez presentó la **problemática latente hoy en día con las BDZ**. Según un estudio americano, el consumo de este tipo de fármacos ha aumentado un 67% entre 1997 y 2013, con una prevalencia que aumenta con la edad del paciente. Las BDZ se relacionan con sobredosis accidentales, deterioro cognitivo, depresión, desinhibición, caídas o roturas de cadera, tolerancia, depen-

dencia y accidentes de tráfico, entre otros. A lo largo de los años, se han visto cada vez más implicadas en las muertes por sobredosis de distintas sustancias, aunque no han sido la causa directa.

Según un estudio presentado en 2016 acerca del uso de las BDZ en Europa, en España **no se están pautando de forma correcta** si se compara con otros países, con una prescripción que ha aumentado hasta un 13%. La **Figura 4** presenta una gráfica realizada por el Ministerio para mostrar la evolución de la prescripción de BDZ, donde se refleja este crecimiento, siendo lorazepam y diazepam los más frecuentes.

Figura 4. Evolución prescripción de benzodiazepinas.



A la hora de valorar la desprescripción de estos fármacos, es importante identificar a la **población de riesgo**. Estos pueden ser pacientes con enfermedad respiratoria crónica, pacientes a los que se les coadministran opioides, pacientes con demencia, de edad avanzada (mayores de 65 años), pacientes con estrés postraumático o con historia de abuso de sustancias. El uso de las BDZ debe estar restringido al control sintomático rápido de la ansiedad severa o ataques de pánico, al insomnio, a convulsiones o al síndrome de abstinencia del alcohol, aunque no existe evidencia de que el uso crónico de BDZ mejore el insomnio o la ansiedad.

Durante el congreso se propusieron **tres clave estrategias** para desprescribir las BDZ, que se resumen en los puntos siguientes:

1. **Tapering o descenso gradual:** es un descenso de dosis lento que se debe llevar a cabo entre 3 y 6 meses, y que resulta satisfactorio en al menos dos tercios de pacientes. Se debe vigilar estrechamente la aparición de síndrome de abstinencia, ya que se instaura con un uso superior a las 4-6 semanas, iniciándose entre los días 1 y 7 y pudiendo durar hasta 14 días.
2. **Sustitución:** se propuso reemplazar BDZ por carbamazepina, pregabalina o melatonina, aunque los estudios llevados a cabo no arrojan una evidencia muy clara debido al pequeño tamaño de muestra y el diseño de los estudios.
3. **Intercambio de BDZ:** la guía de desprescripción (*deprescribing.org*) afirma que no hay evidencia científica suficiente que sostenga el cambio de una BDZ por otra para eliminarlas de la prescripción. No obstante, se ha apuntado a que las BDZ de acción larga causan menos dependencia y menos síndrome de abstinencia que las de acción corta; así, existen guías en Navarra o en Castilla y León que sí avalan el cambio a de las BZD de vida corta por diazepam.

Se han llevado a cabo estudios de desprescripción en los que se resaltado el papel fundamental que tiene el farmacéutico en las estrategias de intervenciones farmacéuticas para disminuir la prescripción de BDZ.

Para resolver la pregunta planteada al principio de su ponencia, Manuel Vélez enumeró **los principales riesgos asociados al uso de BDZ**. Estos son:

- Riesgo de rotura de cadera, que llega a alcanzar un OR = 1,52; e incluso de 2,40 cuando se usan en períodos cortos de tiempo.
- Accidentes de tráfico: con este riesgo están relacionados tanto los fármacos Z como las BDZ, que multiplican el riesgo por 2-3.
- Caídas: es cierto que hay un riesgo aumentado por el uso de BDZ, llegando a tener un OR = 3,0.
- Deterioro cognitivo: existen varias revisiones recientes que afirman que los fármacos anticolinérgicos, sobre todo las BDZ de larga vida media y las que se han usado durante largos períodos de tiempo, están relacionadas con el deterioro cognitivo y que éste, además, parece ser acumulativo. Esto se ampliaría a los fármacos Z como el zolpidem. Pero hasta ahora no se ha demostrado que este deterioro cognitivo pueda llegar a ser irreversible.

Con estos datos, por tanto, concluye que la respuesta a la pregunta formulada a modo de introducción la constituye el “deterioro cognitivo irreversible”.

Transitions of Care Studies

En esta parte de la ponencia se presentaron tres trabajos en los que la figura del farmacéutico resultó clave en la reducción de las tasas de reingreso hospitalario a 30 días. Cada uno de estos estudios se resume brevemente a continuación:

Estudio de la Universidad de Cincinnati

Se trata de un **estudio clínico aleatorizado** cuyo objetivo era desarrollar, implementar y evaluar un programa farmacéutico de transición asistencial en la reducción de tasa de reingresos. Los criterios de inclusión para participar en el estudio incluían ser mayor de 18 años, hablar inglés, ser un alta a domicilio y estar diagnosticado de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), neumonía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o infarto agudo de miocardio (IAM). Se excluyeron, sin embargo, pacientes con deterioro cognitivo y por alta a lugar de larga estancia.

El papel del **grupo de intervención** consistía en citar a las 72 horas del alta hospitalaria para conciliar y revisar la medicación prescrita, identificar los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs) con el objetivo de ofrecer consejo farmacéutico, confeccionar un *planning* de la medicación y una lista de citas, y enviar un fax de los resultados obtenidos a su médico de Atención Primaria. A las 2 semanas debían hacer llamadas telefónicas de seguimiento para medir el grado de aceptación de las intervenciones farmacéuticas.

La aplicación de estas medidas reveló una **reducción significativa de la tasa de reingreso** en los pacientes que habían sido asignados al grupo de intervención, en comparación con los cuidados habituales que recibieron los que integraron el grupo de placebo. De modo general, las intervenciones más comunes durante el estudio fueron la monitorización y la inmunización.

La tasa de aceptación de las intervenciones implementadas fue del 85,6% para aquellas que necesitaban aprobación del paciente y del 74% para aquellas que debían ser aprobadas por el médico.

Estudio de la Universidad de Mississippi

Es un **estudio clínico aleatorizado** cuyo objetivo era mejorar los *outcomes* de los pacientes mediante la integración de farmacéuticos de hospital y de oficina de farmacia, así como de otros profesionales, durante el alta hospitalaria. Los criterios de inclusión establecían que el paciente debía haber padecido IAM, insuficiencia cardíaca (IC), neumonía o EPOC. Se excluyeron pacientes que no hablaban inglés, tenían problemas de comunicación y por eran menores de 18 años.

El **grupo de intervención** tenía dos periodos diferenciados. El primero durante el ingreso del paciente, *inpatient*, que consistía en colaborar en la historia clínica, resolver discrepancias en el tratamiento, proporcionar una educación farmacéutica, organizar citas al alta, dispensar 30 días de medicación y hacer un *planning* de la medicación, así como una lista de citas. El segundo de ellos una vez el paciente había recibido el alta, *outpatient*, que consistía en realizar llamadas a las 48 horas, 9 días y 25 días, revisar la medicación, resolver los síntomas y realizar visitas *face-to-face* a los 4-7 días y a los 90.

Lo que se vio en este estudio fue que la **tasa de reingresos era inferior** en el grupo intervención. Esta diferencia con el grupo control era **estadísticamente significativa a los 30 días** y no a los 60 o 90 días. Las intervenciones más comunes fueron las relacionadas con la educación al paciente en sus enfermedades crónicas o en el uso de dispositivos.

Estudio Geisinger Legacy

Este estudio clínico tenía como objetivo determinar el impacto de la intervención de farmacéuticos hospitalarios y de oficina de farmacia en **pacientes de alto riesgo**. Los criterios de inclusión eran similares a los dos estudios anteriores, englobando a pacientes que hubieran padecido IAM, IC, neumonía, EPOC o diabetes.

En el **grupo de intervención** se realizaba conciliación farmacéutica tanto al ingreso como al alta, así como consejo farmacéutico, existiendo para ello de una vía de comunicación directa entre el farmacéutico de oficina y paciente mediante mensajes. Además, una vez dado el alta al paciente, se programaban 5 citas con el farmacéutico de oficina de farmacia (día del alta, a los 7 días y mensualmente) en las que se le proporcionaba educación farmacéutica.

A los 30 días los resultados eran más favorables en el grupo intervención. Sin embargo, al igual que en el estudio anterior, esto no se mantenía a los 60 y ni a los 90 días. Tras la presentación de estos 3 estudios, presentó un póster que resumía un estudio de 2 años de duración en el que el **farmacéutico realizaba visitas a domicilio y llamadas telefónicas** a los pacientes. Este estudio reveló una **tasa de reingresos mucho más favorable** cuando el **farmacéutico visitaba al paciente**, con una tasa de reingresos del 0,9% frente a la llamada telefónica que representó una tasa de reingresos del 6%.

A modo de cierre, Manuel Vélez expuso los siguientes mensajes que recogen la esencia de lo que ha comentado:

- Los farmacéuticos deben revisar las **indicaciones** de todos los fármacos que un paciente tiene prescritos, en particular aquellos cuyo balance beneficio/riesgo pueda ser más dudoso.
- Se debe prestar especial atención a la prescripción de **benzodiazepinas**, incluso aquellas pautadas bajo indicación y durante cortos periodos de tiempo (ya que se ha demostrado que producen caídas), especialmente en **poblaciones de riesgo** como ancianos, enfermos con enfermedad respiratoria crónica, pacientes con demencia, historia de abuso de sustancias, coadministración con opioides, o estrés postraumático.
- El farmacéutico debe impulsar el **uso de nuevas tecnologías** como apoyo en las transiciones asistenciales con el fin de mejorar la **comunicación** entre profesionales y así obtener mejores resultados en salud en los pacientes.

Prácticas innovadoras

La segunda parte de esta mesa de debate estuvo en manos de **José Manuel Martínez Sesmero** del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y actual Director de Investigación en Innovación en la SEFH.

Para empezar, lanzó una pregunta a modo de reflexión “¿Cuál sería la estrategia potencial para transformar la práctica clínica farmacéutica? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo?” para, al final de su charla, dar pequeñas ideas de cómo contestarla.



Durante el Congreso Americano asistió a una sesión sobre las mejores prácticas a nivel internacional en el ámbito farmacéutico en 2017. Se presentaron las 10 mejores iniciativas internacionales, entre las cuales una era española.

Una de estas iniciativas provenía de El Líbano, Beirut, que introdujo la **Metodología LEAN** aplicada en los procesos en el ámbito ambulatorio. Esta metodología en España no es nueva, en el Hospital La Fe ya llevan tiempo trabajando en ella. El concepto de calidad no se pierde de vista y siempre está presente en el ámbito asistencial del farmacéutico. La idea de esta iniciativa es que hay que seguir trabajando con esta filosofía en todos los apartados de la Farmacia Hospitalaria.

Otra iniciativa que se presentó fue una proveniente de España, concretamente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, y se conoce como **Proyecto FarmAventura**. Es un proyecto para mejorar la adherencia y los resultados en salud, mejorando también la calidad de vida, en el paciente pediátrico usando el juego adaptado a esta población.

Una tercera iniciativa vino de la mano de Canadá y la cual presentó la **perspectiva** que tiene la Farmacia respecto a ser enfocada a resultados en salud. Para mejorar los resultados en salud se habla siempre de **prescripción**. En Canadá el 15% de las farmacias son de ámbito hospitalario, y las actividades de los farmacéuticos de hospital son muy similares a las de España con modelos centrados en el paciente, evaluación de medicamentos, seguridad, conciliación, tema de los antibióticos, etc. Pero lo más llamativo fue que el Condado de Alberta tiene un marco pionero bien consolidado y desarrollado en el que la prescripción puede estar en manos del farmacéutico. Este modelo solicita al farmacéutico que pueda demostrar que ha tenido contacto con el paciente mínimo un año, que ha trabajado en un equipo multidisciplinar, que tiene las herramientas tecnológicas adecuadas para seguir al paciente y lo más importante, que tenga la competencia y que la mantenga. Pero independientemente de esto, el **farmacéutico puede prescribir ciertos medicamentos**.

Se han realizado estudios para valorar el impacto que ha tenido el hecho de que los farmacéuticos puedan prescribir algunos medicamentos. Estas publicaciones tienen datos sólidos en los que la prescripción por parte del farmacéutico **mejora los resultados en salud**. Este modelo puede ser interesante y se podría seguir en España.

A día de hoy aún existen muchos **retos y oportunidades**, según la experiencia canadiense. Lo importante es posicionar al farmacéutico de hospital como un **buen consultor** para conseguir una mejora tanto de los resultados en salud del paciente como de la integración en el equipo multidisciplinar.

En España aún queda un largo camino por recorrer, por eso hay que plantearse si la prescripción farmacéutica en el ámbito español es algo utópico o podrá ser una realidad en un futuro no muy lejano. Es una decisión que deberán tomar todos los farmacéuticos.

Telemedicina

La telefarmacia es una rama novedosa que se fundamenta en la **utilización de las telecomunicaciones y otras tecnologías** para atender a los pacientes. Esta disciplina, a su vez, puede ser aplicada en diferentes procesos como son la dispensación, la verificación, la medicina intensiva, el *counseling* o la monitorización, entre otras.

La Universidad de Utah ha creado un equipo multidisciplinar de telemedicina. Antes de todo, hicieron un piloto denominado “Farmacia Virtual” en el que realizaban llamadas telefónicas a los pacientes. Su experiencia les ha hecho identificar **barreras**, como pueden ser las internas, la falta de entrenamiento, el acceso a los dispositivos, y la falta de tiempo, entre otras. El beneficio esperado, que aún no se ha comunicado, de este programa es mejorar y aumentar la calidad de la relación farmacéutico-paciente.

Otra sesión relacionada con la telemedicina planteó el papel de la Farmacia Hospitalaria respecto a los **dispositivos** denominados *wearables* y a las **aplicaciones móviles**.

Durante la sesión se realizó una breve encuesta para saber si los asistentes usaban las aplicaciones a modo personal o las prescribían. Se debatió sobre el valor y la calidad de los datos que se generaban mediante estas herramientas (tabulación, accesibilidad, volumen, datos físicos vs no físicos, etc.). También se puso de manifiesto el rol del farmacéutico relacionado con el concepto de asesoría, con la mejora de la adherencia, y con aproximar la Farmacia al propio paciente. Se recalcó que todos los datos recogidos se deben incorporar al historial clínico electrónico, incluyendo también las intervenciones.

Durante el Congreso Americano hubo una sesión denominada “Perlas Clínicas 2017” en la cual se presentó el proyecto llamado **TelePrEP** dirigido por farmacéuticos de manera independiente.

La TelePrEP se definió como algo más que la telemedicina, y cuya utilidad servirá para **eliminar barreras** que son importantes en el ámbito de este tipo de paciente. Se presentó desde una perspectiva muy colaborativa. Este proyecto habilita nuevos canales, videochat, e integra información de laboratorio, tan importante para el seguimiento de la PrEP, y con envío de la medicación al domicilio. El mensaje que se repitió, al igual que en el resto de las sesiones del ámbito ambulatorio, fue que se debe mejorar el acceso, la satisfacción del individuo y la conveniencia.

Todo esto muestra que la Telemedicina no es algo que vendrá en el futuro, sino que es algo que ya existe y que habrá que empezar a aprender a utilizarla en el contexto farmacéutico.

Integración del farmacéutico en los equipos

En este bloque, **José Manuel Martínez** presentó una experiencia del Reino Unido. En este proyecto se plantearon los beneficios de la **integración del farmacéutico en un equipo multidisciplinar**. El servicio innovador que acuñaron tenía que ver con que el farmacéutico se responsabilizaría de la terapia inmunosupresora y de su monitorización, haciendo una individualización de la terapia.

Con esta iniciativa, el **beneficio esperado para el paciente** era seguridad, calidad, individualización, trabajo en equipo con mejor resultado en salud esperado y manejo de patologías menores asociadas al propio perfil del paciente o que son concomitantes. También se esperan **beneficios para el propio equipo** donde se va a integrar el farmacéutico, con mayor o menor independencia. El farmacéutico debe ser coparticipante en la toma de decisiones basadas siempre en competencias. Se deben identificar las oportunidades de mejora que, con las competencias de los farmacéuticos y con la labor del día a día, van a facilitar en aras de ese valor final de cara al paciente.

Los **mensajes finales** de la ponencia sobre esta iniciativa fueron que es posible que el farmacéutico tenga una pequeña parcela de independencia, lo que no significa que vaya a estar descoordinado en el seno del equipo. El adquirir competencias tanto perceptivas o científicas, como de coordinación del equipo, más humanísticas y de cara al paciente es clave ya que parece dar mejores resultados en salud.

Para finalizar su exposición, volvió al inicio con la pregunta “¿Cuál sería la estrategia potencial para transformar la práctica clínica farmacéutica? ¿Cómo? ¿Quién? ¿Cuándo?”. Es una pregunta que los farmacéuticos de hospital deben plantearse en el día a día para poder definir una **estrategia potencial de cambio** en la Farmacia Hospitalaria. El “¿cómo?” es teniendo un plan, que pueda tener varios caminos y en el que habrá que evaluar cuál es el que se va a seguir para crear el futuro. El “¿quién?” se refiere a todos los farmacéuticos porque afortunadamente la SEFH es diversa, lo que genera el valor que se les quiere aportar a los pacientes. El “¿cuándo?” es ahora. No se debe esperar para crear el futuro, y desde ya hay que empezar a visualizar el futuro de la Farmacia Hospitalaria.

Tras finalizar las ponencias, se dio paso al debate

Una asistente se dirigió a Manuel Vélez para preguntarle acerca de las **desprescripciones** y a qué pacientes van dirigidas, ya que existen divergencias importantes en cuanto a esperanza de vida o patologías concomitantes, entro otros factores, en función de la edad del paciente. Otra pregunta que planteó fue si, durante el Congreso Americano, se describieron experiencias prácticas del circuito del paciente crónico complejo, conectado entre médico de Atención Primaria, de hospital y especialista, en las que hubiese una intervención del farmacéutico.

conectado entre médico de Atención Primaria, de Hospital y especialista, con intervención del farmacéutico.

Manuel Vélez tomó la palabra para comentar que, según la sesión del Congreso, la población diana en la que había que fijarse era en los mayores de 65 años, aunque está de acuerdo que no es lo mismo que establecerla en mayores de 80 años. En cuanto a la integración entre profesionales, es cierto que se ve como una barrera para la desprescripción, al igual que también está la barrera que tiene el médico con el desconocimiento, la falta de responsabilidad del paciente y la falta de apoyo. No encontró ningún circuito ni ningún algoritmo para hacerlo bien entre profesionales por lo que queda como trabajo pendiente, en el que todos deben colaborar y donde el farmacéutico puede tener un importante papel.

Otra asistente, Carmen Lacasa del Hospital de Barcelona, intervino para comentar que le había llamado la atención la tasa de reingresos cuando estaba relacionada a la llamada telefónica o a la visita directa ya que coincidía con datos de un estudio realizado en su Centro. Opinó que la **telemedicina** es un avance, pero los pacientes al final prefieren el tú a tú. En su Centro han realizado una encuesta a 100 pacientes a los que se les daba información escrita al alta, dando un 84% de satisfacción con el papel. A esos mismos pacientes se les preguntó si querían recibir esa información a través de sus teléfonos móviles, y solo el 8% quiso recibirla en este formato. Según Carmen Lacasa esto es un indicativo de que no hay que perder de vista el **trato humano**.

Ramón Morillo citó a un autor de gran relevancia que dice que los sistemas sanitarios que más están avanzando son aquellos capaces de gestionar lo que ya saben y sobre todo lo que no saben. En el ámbito de los reingresos hay muchas cosas que aún no se saben, y por ello se dirigió a Manuel Vélez para preguntarle qué papel puede tener la Farmacia en **diseñar estrategias que eviten esos reingresos** y a qué se puede deber que el impacto de las intervenciones se pierda a los 60 y 90 días en los estudios presentados.

Manuel Vélez respondió a esta pregunta matizando que los estudios presentados estaban más enfocados a hacer más intervenciones al principio, en el momento del ingreso y en el momento del inicio del alta, y que les faltó individualizar el trato al paciente a lo largo del tiempo del estudio. Por estos motivos los datos a 60 y 90 días no son los esperados.

Otro tema relacionado con estos estudios es el tipo de intervenciones que se les hacía a los pacientes, la mayoría basadas en la **educación**. Por ello Ramón Morillo propuso que a lo mejor uno de los criterios de selección para identificar qué pacientes pueden ser los que más **necesidad de atención farmacéutica** van a tener, no sea la polifarmacia o la edad, sino la complejidad farmacoterapéutica asociada a las prescripciones. Manuel Vélez aclaró que en esos estudios solo habían explicado los criterios de inclusión. Pero en su opinión, un farmacéutico puede aportar más que otro profesional sanitario a la hora de enseñar a un paciente a cómo usar un dispositivo o cualquier biológico que se de en los hospitales.

La **tecnología** puede ayudar al acercamiento a los pacientes, pero después de asistir a las sesiones del Congreso Americano, se ha visto que también puede ayudar al farmacéutico a integrarse en el equipo multidisciplinar y a identificar cuáles son los pacientes que más van a requerir atención farmacéutica. Para José Manuel Martínez es un hecho que la tecnología convive con la sociedad, pero la tecnología tiene que ser solo

una **herramienta para personalizar la atención**. El sistema sanitario, y en especial el sector de Farmacia Hospitalaria, no puede vivir ajeno a la tecnología y debe utilizarla del mejor modo posible como canal de aproximación a los pacientes.

Para continuar con el debate, Ramón Morillo comentó que la experiencia de Alberta había impactado mucho, siendo en su opinión, uno de los trabajos más llamativos. José Manuel Martínez explicó que ya el año pasado se hablaba de que uno de los próximos retos de la Farmacia Hospitalaria era la **prescripción por parte del farmacéutico de hospital**, por lo que no sorprendió tanto. Sobre el modelo de Alberta destacó que es un modelo sencillo, con unos mínimos requerimientos garantistas de reevaluación y con un principio de confianza basado en las competencias que puede tener un farmacéutico cuando se especializa en el ámbito de la Farmacia Hospitalaria. En su opinión, es un modelo a seguir que, además, ha conseguido mejorar los resultados en salud.

En España, según la revisión presentada, los criterios STOPP están bien, pero los START están muy mal. Manuel Vélez puntualizó que en realidad ambos criterios están mal. Según la revisión bibliográfica que realizaron, vieron que en España se cumplían peor los criterios START, lo que quería decir que había medicamentos que no se prescribían tanto como deberían prescribirse, a los pacientes mayores. Por lo tanto, en su opinión, aún queda mucho trabajo por hacer.

Para finalizar esta Mesa, Ramón Morillo hizo un resumen con los **puntos clave** que se han identificado en el ámbito ambulatorio. Aún queda mucho trabajo por delante en el ámbito de la desprescripción y muchos criterios que redefinir. También se debe invertir tiempo en diseñar las estrategias que permitirán disminuir los reingresos, y tal vez se deban establecer modelos predictivos de reingresos e identificar cuáles son los pacientes de mayor riesgo. Los criterios que se utilicen no tienen que ser solo los asociados a la medicación, sino también aquellos que estén asociados al paciente y al uso de recursos sanitarios previos. La telemedicina, la telefarmacia y la tecnología no son solo herramientas de innovación, sino que son herramientas que van a permitir una integración dentro de los equipos multidisciplinares, y además van a permitir identificar cuáles son los pacientes que mayores necesidades tienen y cuáles son los pacientes que van a necesitar esa ayuda tecnológica para conseguir objetivos relacionados con la farmacoterapia.



MESA II:

Debates y desafíos terapéuticos en pacientes hospitalizados. Avances en la especialización clínica farmacéutica

(Olga Delgado, José Antonio Marcos, Irene Zarra)



Opioides

Los opioides es un tema que preocupa mucho en Estados Unidos y está catalogado como emergencia Nacional. **José Antonio Marcos**, del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, empezó su ponencia presentando datos que resaltan este problema. Entre 1999 y 2014 se ha triplicado el número de muertes por sobredosis de opioides y actualmente 91 estadounidenses mueren al día por sobredosis de opioide.

Una de las sesiones del Congreso Americano estuvo centrada en cómo se aborda el **dolor crónico no cancerígeno (DCNO)**. Es un dolor que dura más de tres meses, que persiste más del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos y que no está asociado a la malignidad. Para valorarlo hay varias herramientas, como la **escala BPI (Brief Pain Inventory)**. El uso de un **tratamiento farmacológico no basado en opioides** se debe tener siempre en cuenta la fisiopatología del dolor. Un dolor nociceptivo como puede ser el dolor muscular se puede tratar con paracetamol o con AINEs, mientras que un dolor neuropático se puede tratar con anticonvulsivantes o antidepresivos. Las **actividades no farmacológicas**, como educar al paciente, intentar tratarlo con terapia física o terapia cognitiva, también valen para el tratamiento del DCNO.

Se expusieron casos de **pacientes con artritis** con dolor crónico. Estos pacientes deben ser conscientes de lo importante que es la pérdida de peso para facilitar el manejo de su dolor, antes de llegar al tratamiento farmacológico. Para casos más extremos existe la posibilidad de reemplazar articulaciones y tratamientos farmacológicos. Los pacientes con **neuropatía diabética** deben ser partícipes de su control de glucosa para facilitar su manejo. Los fármacos que se recomiendan en este caso son los antidepresivos cíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y anticonvulsivantes (ATC).

De esta sesión, se destacaron los siguientes **mensajes**:

- Respecto al paracetamol, se recomienda una prescripción pautada y programada, y nunca prescribirlo si se precisa o a demanda.
- La gabapentina si se usa a dosis > 1.800 mg/día, su beneficio está limitado por cinética saturable. La pregabalina puede ser mejor opción por tolerabilidad y fácil titulación de dosis.
- En cuanto a los ISRN y ATC, se recomiendan para pacientes con depresión, ansiedad o insomnio concomitante.
- El topiramato puede disminuir el apetito, siendo algo beneficioso en pacientes obesos. Tiene evidencia en pacientes con trastornos por dependencia de sustancias y deshabitación tabáquica.
- Los agentes tópicos, como por ejemplo el gel de diclofenaco, la crema de mentol/salicilato de metilo, el parche de lidocaína o la crema de capsaicina, deben usarse para limitar los efectos sistémicos.

En otra sesión del Congreso Americano se presentaron las **guías de 2016 para el uso correcto de los opioides**. Estos se deben pautar cuando exista dolor severo y crónico que afecte a la calidad de vida, cuando se presente una respuesta inadecuada a medidas no opioides y si el beneficio potencial supera claramente el riesgo. Se tienen que establecer, con el paciente si es posible, **objetivos de tratamiento claros y medibles**, se debe realizar un plan de tratamiento integral, y un seguimiento adecuado y por último, recurrir a las medidas de monitorización como PDMP (*Prescription Drug Monitoring Program*) y UDS (*urine drug screening*) si fuera necesario.

En el caso de que se pauten terapia opioide, aconsejan educar al paciente sobre el posible riesgo de la terapia, **discutir sus expectativas frente a esa medicación y establecer objetivos de tratamiento**. De este modo se podrá determinar cómo se debe evaluar la efectividad, y si hay mejora clínicamente significativa que supere los riesgos, continuar con el tratamiento. Previamente se establecen con el paciente una serie de objetivos como pueden ser completar actividades de la vida diaria, pasear al perro una distancia específica, o asistir a actividades fuera del hogar.

La **dependencia por el consumo de opioides** también es un tema que preocupa a la sociedad. En Estados Unidos, el 30% de los pacientes con DCNO atendidos en Atención Primaria y el 8-35% en las unidades especializadas del dolor, tienen dependencia por el consumo de sustancias. Además, hasta el 30% de los pacientes que están en tratamiento crónico con opioides puede desarrollar adicción. Esta dependencia supone **costes económicos elevados**.

Para tratar la dependencia lo que se recomendó fue el uso de metadona, buprenorfina y naltrexona. Con estos fármacos se puede ayudar a la deshabitación, o se pueden pautar como tratamiento de mantenimiento. Para tratar la **sobredosis** se recomendó el uso de **naloxona**. La naloxona en Estados Unidos está indicada por consumo ilícito de opioide debido a dependencia por consumo, y para aquellos opioides recetados que pueden aumentar el riesgo de depresión respiratoria inducida por opioides. Los profesionales que **se oponen a la recomendación** lo hacen porque la disponibilidad generalizada de naloxona puede inducir a los pacientes con dolor crónico no oncológico y con prescripción crónica de opioides, a abusar de este fármaco, llegando a aumentar la dosis hasta niveles de sobredosis. Otro argumento en contra es que algunos de los pacientes en tratamiento sufren recaídas o reingresan, resultando en un aumento en los costes sanitarios. Por el contrario, los que están **a favor del uso de la naloxona**, argumentan que con la problemática que hay en Estados Unidos con los opioides, este fármaco está salvando vidas. Es cierto que es una enfermedad primaria y crónica que afecta a la disfunción cerebral afectando a la recompensa, motivación, memoria y pero, por ética profesional, no se puede dejar a los pacientes sin el acceso a la naloxona.

La **analgesia multimodal** es una técnica que se emplea para la recuperación tras cirugía en pacientes críticos. Históricamente se usaban los opioides para tratar el dolor

agudo. Este tipo de tratamiento provocaba muchos efectos adversos. La **analgesia multimodal**, que combina dos o más agentes analgésicos, o técnicas, que actúan con diferentes mecanismos de acción para potenciar el efecto analgésico, apareció después. La Sociedad Americana de Anestesiología recomienda que “a menos que esté contraindicado, todos los pacientes deben recibir un tratamiento continuo de un agente no opioide como AINEs, COXIB, acetaminofeno”. Con estas medidas se ha conseguido reducir los costes y disminuir la estancia de los pacientes ingresados por cirugía en los hospitales un 29%.

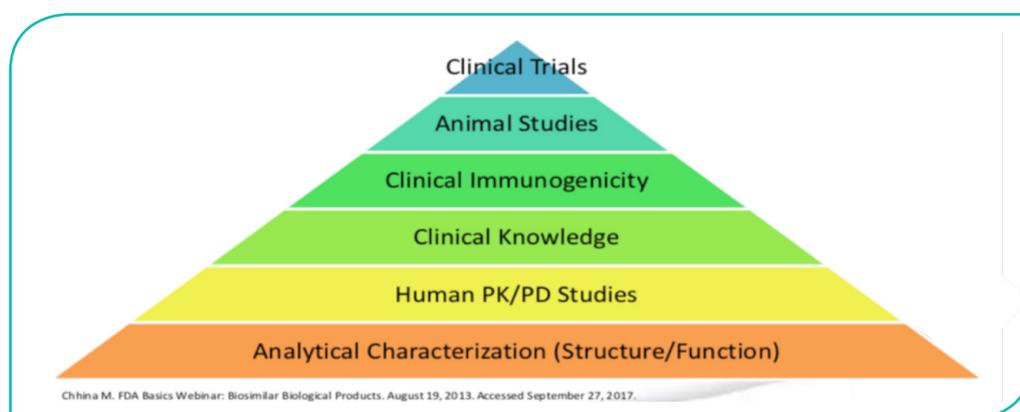
El farmacéutico puede tener un **papel importante** dirigiendo y desarrollando las pautas analgésicas para el dolor perioperatorio no basado en opioides. También puede desarrollar iniciativas multimodales en otras áreas y evaluar su impacto. En lo referente a la evaluación del impacto, puede promover PROMs (mediciones de los resultados percibidos por los pacientes) que son los resultados que informa el paciente en cuanto a intensidad del dolor, efectos adversos o de calidad vida. Para evaluar el impacto se pueden valorar los resultados clínicos y los resultados económicos.

Biosimilares

José Antonio Marcos presentó un resumen de una sesión que expuso la FDA en el Congreso Americano sobre la **intercambiabilidad de los biosimilares**.

La **extrapolación de indicación** es algo que lleva haciéndose en la FDA desde hace años y su significado no es el de indicaciones no aprobadas. La extrapolación se concede después de considerar el mecanismo de acción en cada indicación, la farmacocinética o la farmacodinámica, el potencial de inmunogenicidad y la toxicidad en diferentes grupos de pacientes. Los biosimilares tendrán un **proceso de aprobación** igual que cualquier otro fármaco. En la **Figura 5** se puede observar el proceso.

Figura 5. Proceso de aprobación de los biosimilares.



Para que un fármaco sea considerado **intercambiable** debe reunir una serie de condiciones. Estas son que tiene que tener una biosimilaridad establecida, debe producir el mismo resultado clínico en cualquier paciente, y los riesgos en seguridad o eficacia de alternar o hacer *switching*, no deben ser superiores a los originales.

La **definición de intercambiabilidad** que se propuso fue “Producto que puede sustituir al producto de referencia sin la intervención del prescriptor”. En cualquier caso, la sustitución dependerá de la Ley estatal, y hoy actualmente la mayoría de los Estados la ha aprobado.

La FDA presentó un borrador acerca de las consideraciones que debe tener en cuenta la Industria para **demostrar la intercambiabilidad** con el fármaco de referencia. Indica los requisitos necesarios para el diseño y análisis de estudios de *switch*, aporta recomendaciones del uso de los fármacos originales en los estudios de *switch* y recomendaciones para valorar las presentaciones y dispositivos para los productos

intercambiables propuestos. El **Purple book** es un libro que recoge un listado de productos biológicos y biosimilares aprobados por la FDA. Los productos se clasifican en biológicos y en intercambiables, aunque actualmente no hay comercializado ningún fármaco que tenga la designación de intercambiable.

Oncología

A raíz de la preocupación que tiene la Sociedad Americana con el coste de los fármacos oncológicos, algunos Centros Hospitalarios han propuesto programas de ahorro.

Un ejemplo es el Cedars-Sinai Medical Center de Los Ángeles. Este Centro ha creado un **Comité de Alto Coste Oncológico** que junto con el Comité de Calidad, deberá elaborar guías clínicas, evaluar resultados, intentar introducir o producir biosimilares, intentar proponer el mejor protocolo para los fármacos sin autorización. Este Comité también limitará la quimioterapia al final de la vida y llevará a cabo los cuidados paliativos. Formaron además muchos grupos de trabajo para desarrollar **algoritmos de tratamientos** específicos, y para **desarrollar informes** basados en valor de nuevas terapias que tengan en cuenta la eficacia, la seguridad/toxicidad, los costes y el marco de valor publicado por ASCO/ESMO/NCCN. El **farmacéutico como pieza clave** en estos grupos, se encarga de revisar la literatura disponible para evaluar basándose en el valor, de seleccionar los protocolos de alto impacto económico y de actualizar los informes cuando surjan nuevas evidencias. Gracias a estas iniciativas, el Centro consiguió ahorros importantes en algunas áreas, como por ejemplo en los factores antieméticos.

Este Centro tenía probablemente una de las tasas más elevadas de Estados Unidos de pacientes que habían recibido quimioterapia en sus últimos 14 días de vida que fallecían debido a su cáncer, elevando la tasa al 23%. Por ello desarrollaron un **programa de optimización de quimioterapia**, donde el farmacéutico se encarga de seleccionar la quimioterapia y a los pacientes según su ECOG (ECOG>2). Estos pacientes eran seleccionados para revisión y discusión antes de la administración del tratamiento. Gracias a este programa consiguieron reducir un 25% los pacientes que fallecían debido a su cáncer y que recibían quimioterapia en sus últimos 14 días de vida.

Se presentó una **actualización de las guías en antiemesis** (ASCO, ESMO, MASCC y NCCN) sobre la clasificación de citostáticos según su poder emetógeno. En lo referente a la combinación de antagonistas de los receptores NK1 con los antagonistas 5HT3 y con dexametasona, sigue siendo la piedra angular para regímenes altamente emetógenos. La olanzapina aparece como cuarto fármaco a añadir en los protocolos altamente emetógenos y vómitos irruptivos, y los cannabinoides siguen estando presentes en Estados Unidos como una opción de tratamiento para pacientes con náuseas y vómitos resistentes.

Aplicaciones (App) médicas

A lo largo de los años se han ido cambiando los dispositivos móviles que se les proporcionaba a los farmacéuticos, y se han mejorado las aplicaciones. Estos **dispositivos y aplicaciones** son importantes para el día a día del farmacéutico y las principales compañías de referencia médica lo saben, por ello están desarrollando sus propias Apps. La innovación en la utilización de aplicaciones va a ser clave, y el futuro será la integración de datos en el flujo de trabajo y procesos cotidianos.

Las **aplicaciones médicas** facilitarán el acceso a la información clínica y darán un servicio de medicamentos donde el paciente podrá consultar cierta información. Además, podrán facilitar la evaluación del paciente, y permitirán una mayor integración en los hospitales. Estas aplicaciones se pueden clasificar en 5 grupos como indica la **Figura 6**.

Figura 6. Clasificación de las aplicaciones médicas.



Hoy en día pueden existir **problemas relacionados** con este tipo de aplicaciones. Existen guías de revisión para evaluarlas, como por ejemplo Guías MARS, o IHI *Innovation*. El problema actual con estas herramientas es que **no están ampliamente validadas** y a veces son subjetivas. Los enfoques para evaluarlas pueden ir desde un enfoque académico hasta un enfoque práctico. Por ello, si se instaura en la práctica clínica alguna App, hay que tener en cuenta algunos criterios como por ejemplo el contenido. La información que den tiene que ser **precisa y fiable**. Se debe saber quién la ha desarrollado, si se consigue algún beneficio mediante su uso y si la aplicación cumple su objetivo. También hay que tener en cuenta los **requerimientos técnicos**, es decir, hay que saber si ofrece actualizaciones periódicas, si funciona correctamente o si se puede contactar con el desarrollador para comunicar algún error. Se propuso un *autocheck list* para verificar si una aplicación es correcta e idónea para la actividad que se quiere llevar a cabo. Este *check list* se presenta en la **Figura 7**.

Figura 7. Check list para comprobar apps médicas.

CRITERIA	Y/N
Information is verifiable, of sound background, and cited within application	
App is developed by reputable company or discloses authors of clinical expert background	
Information is time-stamped and updated on a reasonable schedule	
App has dedicated support, and there is a mechanism to report errors	
App meets regulatory compliance where applicable	
App discloses any conflicts of interest	
App has mechanism in place to secure privacy where relevant	

Hoy en día existen más de 20 mil Apps en el ámbito sanitario. Este elevado número hace que sea más complicado elegir cuál es la más idónea para la actividad que se quiere llevar a cabo. **Medicalapps.com** es un recurso para analizar e identificar cuál es la más adecuada. Otra opción para elegir es buscar publicaciones en artículos científicos donde aparezcan y presenten buenos resultados.

Para finalizar su ponencia, José Antonio Marcos lanzó una pregunta, “Con los dispositivos y aplicaciones móviles en la práctica clínica, ¿qué se debe tener en cuenta?”. Los asistentes contestaron por mayoría que lo que hay que tener en cuenta es que la información sea precisa y veraz. Lo curioso, es que en el Congreso Americano se dio más importancia a la **limpieza del dispositivo**. Los dispositivos se contaminan afectando a cierto tipo de pacientes, como pueden ser los inmunodeprimidos. Por ello se debe mantenerlos siempre limpios.

Programas de optimización de antimicrobianos

Irene Zarra empezó su exposición lanzando la frase incompleta “Para el Servicio de Farmacia es fundamental establecer alianzas con el servicio de...”, a la que la respuesta mayoritaria fue “el **Servicio de Informática**”. Los asistentes no estuvieron desatinados pues, efectivamente, es preciso promover una integración de la tecnología, campo en el que los informáticos son expertos y pueden actuar como buenos aliados.

Los **programas de optimización de antimicrobianos** buscan mejorar el uso de los antimicrobianos, de modo que representan una de las 4 estrategias que todos los organismos internacionales desarrollan para combatir la resistencia a los antibióticos. El porqué de estos programas reside en que un 30% de los antibióticos que se usan en los pacientes externos se hace de forma inapropiada, cifra que se puede elevar hasta un 50% en el caso de los pacientes ingresados.

En Estados Unidos disponen de diversas herramientas para conocer el estado de los programas de optimización de antimicrobianos, como el **Center for Disease Control and Prevention** (CDC), que permite obtener datos del porcentaje de centros que tienen implantado algún programa de optimización y que cumplan los 7 criterios de calidad. La cifra centros que reúnen estas premisas ha crecido de forma sustancial en los últimos años, representando el 39% en el año 2014 y el 64% dos años más tarde. Adicionalmente, esta herramienta ofrece la opción de ver, a través de un mapa interactivo de Estados Unidos, el porcentaje de implantación o de bacterias multirresistentes y cómo ha evolucionado a lo largo de los años en un estado concreto, así como mapas del uso de antibióticos.

Sin embargo, en España no hay acceso a este tipo de información, de modo que no se puede conocer la cifra de hospitales en los que está implantado el **Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos** (PROA). Esta diferencia entre países puede deberse a que, en 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a los estados miembro a implantar **planes de acción** contra la **resistencia a antimicrobianos**; ese mismo año Barack Obama acudió a la sede del CDC para tratar la problemática de resistencia a antibióticos, lo que supuso la concienciación de la sociedad americana, que empezó a ver el problema como una amenaza nacional. Como medida se estableció una **estrategia nacional** para combatir la resistencia a los antibióticos, que fue respaldada por una fuerte **inversión económica** gubernamental que se contempla anualmente como parte de los presupuestos.

Para el año 2020, el CDC se ha marcado varios objetivos, como son la implantación de un programa optimización de antimicrobianos en todos los centros sanitarios del país, o el **descenso de las prescripciones inapropiadas**, que será del 50% en los pacientes externos y del 20% en los pacientes ingresados, estableciendo incluso el porcentaje concreto por tipo de bacteria. Como soporte a estas medidas, han elaborado un **documento marco** donde se recogen las estrategias e iniciativas que deben tener los centros para poder implantar y desarrollar este tipo de programas, elaborado de forma independiente para hospitales, residencias de geriatría, pacientes ambulatorios y, de forma más reciente, para hospitales pequeños de zonas rurales. En cada documento

marco se recogen varios elementos clave para asegurar que el programa alcanza un nivel adecuado; así, en el caso del documento que concierne a los hospitales, se destacan 7 elementos principales (Figura 8).

Figura 8. Elementos esenciales para implantar en hospitales el programa de optimización de antimicrobianos.



La **Dirección del centro sanitario** debe confiar en el programa y dotar al centro de recursos, tanto de personal como económicos y de equipamiento tecnológico, para poder llevarlo a cabo. El **líder del programa** (*Accountability*) ha de ser un médico especialista en enfermedades infecciosas con amplia experiencia, idealmente ligado al **farmacéutico experto** en el manejo de fármacos antimicrobianos (*Drug Expertise*). La **acción** (*Action*) comprende los pasos que han de efectuarse para el desarrollo de estos programas. La **monitorización de los datos** (*Tracking*) se refiere a cómo hay que recoger los datos y qué seguimiento hay que hacer de estos. Se deben reportar los **resultados** (*Reporting*) a los profesionales implicados y a la Dirección. La **educación** (*Education*) se refiere a los planes formativos, tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes.

Sin duda alguna, el farmacéutico especialista en enfermedades infecciosas tiene cabida en los 7 elementos clave. Sin embargo, los farmacéuticos restantes que no son especialistas no se han de quedar al margen de este tipo de programas, y pueden y deben involucrarse actualizando sus conocimientos en antimicrobianos y aplicando las intervenciones que hayan sido propuestas en el programa. Así pues, la intervención no debe restringirse únicamente a los farmacéuticos, sino que también se han de implicar otras especialidades médicas y quirúrgicas. Los centros deben promover la formación de **equipos multidisciplinares** en los que también participen la Informática, la Microbiología o la Enfermería, entre otras, contando además con una persona referente en Calidad y Seguridad. La suma de todos ellos ayudará a implantar y desarrollar los programas.

Las principales acciones que hay que llevar a cabo para implantar este tipo de programas se pueden resumir en las siguientes:

- **Intervenciones generales:** entre ellas, destaca la conocida como “*time outs*”. Este tipo de intervención se refiere a que, a las 48 horas de haber prescrito un tratamiento antibiótico empírico, se puede reevaluar al paciente y saber si ese tratamiento es el adecuado o no.
- **Dirigidas directamente por farmacéuticos:** por ejemplo, el farmacéutico debe proponer cambios automáticos de la terapia intravenosa a terapia oral pactando

unos criterios en el Comité de infecciones. También puede proponer ajuste de dosis según considere, la optimización de farmacocinética y farmacodinámica o que las prescripciones sean con fecha fin, sobre todo para profilaxis pre y postquirúrgica. Junto a los informáticos, puede proponer que se generen alertas automáticas para cuando se prescriban dos antibióticos que tengan una cobertura similar.

- **Intervenciones específicas de proceso infeccioso concreto:** por ejemplo, la necesidad de establecer un diagnóstico fiable en la neumonía adquirida en la comunidad. En cuanto a la duración del tratamiento, las evidencias apuntan a que los tratamientos cortos son igual de eficaces que los de duración más amplia. En relación con las infecciones urinarias, no deben ser tratadas con antibióticos aquellas que estén asintomáticas. También se debe intervenir en las infecciones por *C. difficile* y en el caso de diagnóstico por bacteriemias.

En Estados Unidos las **infecciones por *C. difficile*** son muy comunes y representan una importante carga social y económica, ya que son más de 500.000 los ingresos anuales atribuidos a este tipo de infección, y se asocian a una mortalidad elevada. La toma previa de antibióticos, sobre todo quinolonas y cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, representa un factor de riesgo importante en la infección por esta bacteria.

En relación en esta problemática, se expuso un estudio de un Hospital de Boston que mostraba una elevada tasa de infección por *C. difficile* elevada y en que se llevaron a cabo dos acciones fundamentales. En primer lugar, se promovió la educación de los profesionales sanitarios, de modo que, si un médico quería prescribir una quinolona, se le hacía reconsiderar esa decisión; con esta intervención se logró disminuir el riesgo de infecciones. En segundo lugar, se efectuó un cambio de los protocolos, restringiendo el uso de quinolonas a través de la necesidad de un circuito de aprobación específico para cada prescripción; esta medida consiguió un descenso más pronunciado de las infecciones.

Para controlar las infecciones por *C. difficile*, se propuso también una **intervención no farmacológica** relacionada con el trasplante de microbiota fecal. La microbiota intestinal es muy variable en si misma y también entre individuos; sin embargo, hay dos grupos fundamentales, los bacteroidetes y los firmicutes, y de estos últimos forma parte precisamente del *C. difficile*. Cuando un individuo sufre una infección por *C. difficile* disminuye la variabilidad de la microbiota y el número de bacterias, dando pie a que proliferen las bacterias más patógenas. En Estados Unidos ya se está comercializando con heces congeladas para hacer el trasplante. En el caso de España, se han hecho trasplantes de heces a través del Hospital Son Espases.

Tras finalizar ambas ponencias, empezó el debate

Un asistente se dirigió a José Antonio Marcos para preguntarle acerca del caso del *Cedars-Sinai Medical Center* de Los Ángeles, manifestando su interés en conocer cuáles fueron las intervenciones efectuadas por el farmacéutico y cómo consiguieron reducir el porcentaje de pacientes con cáncer que mueren tras tratamiento de quimioterapia en los últimos 14 días de su vida. José Antonio Marcos contestó que el equipo multidisciplinar decidió incorporar de forma obligatoria el **ECOG del paciente** en la prescripción. De esta forma, cuando recibía la prescripción el farmacéutico identificaba esos datos y paralizaba la preparación para discutir en Comité si el paciente tenía que ser tratado o no.

Olga Delgado intervino para preguntar a los ponentes acerca de las estrategias que se han presentado, tanto la de reducir el uso de opioides como de antimicrobianos. Se interesó en saber si ellos consideraban que en España había el mismo problema que en Estados Unidos. Irene Zarra tomó la palabra para aclarar que en España la frecuencia de *C. difficile* no es tan alta, pero tampoco se tienen datos concretos. No está claro que haya un problema ya que sólo se tienen datos de uso de antibióticos a nivel de pacientes ambulatorios, y no de hospital. En su opinión es necesaria una infraestructura para conocer estos datos, siendo necesarias la tecnología y la informática. Respecto al problema de los opioides, José Antonio Marcos explicó que en España también

existe ese problema y va en aumento. Algunos expertos opinan que gracias al Sistema Sanitario Público que tiene España, esto se puede controlar para no llegar a los mismos extremos que en Estados Unidos, aunque otros expertos opinan lo contrario. Otro asistente participó en el debate para exponer que también existen problemas relacionados con el consumo de opioides por parte de los profesionales sanitarios, y que por ello se han tenido que establecer protocolos de control del consumo en el sistema de salud. Por ello, se interesó en saber si los americanos lo siguen viendo como un problema. José Antonio Marcos aclaró que no asistieron a ninguna sesión relacionada con este tema, pero sí existen la percepción de que es un problema grave. Otro asistente intervino para comentar que hoy en día en España el consumo de opioides es un problema real, ya que ha aumentado un 66% y existen campañas de la industria farmacéutica que fomentan el uso de los opioides.

Tras estas intervenciones, Olga Delgado tomó la palabra para referirse a la Agencia Europea del Medicamento (EMA) como un referente en el desarrollo normativo de uso de biosimilares. Pero a pesar de esto, la FDA ha conseguido adelantar a la EMA publicando para la industria farmacéutica una guía de intercambiabilidad. José Antonio Marcos aclaró que esta guía es un borrador que salió en enero de 2017. En su opinión, sí es un documento pionero porque hace referencia a las condiciones que se les va a exigir a la industria farmacéutica para demostrar la intercambiabilidad. Esta normativa hace pensar que pueden existir fármacos biosimilares por una parte y otros fármacos biosimilares intercambiables por otra. Pero hoy en día aún no hay ninguno con esa asignación de intercambiable.

Para finalizar esta sesión de debate, Olga Delgado le preguntó a Irene Zarra si creía que los Servicios de Informática daban respuesta a la demanda de datos que hay hoy en día. Según la opinión de Irene Zarra estos no ofrecen respuesta ya que no son conocedores de los problemas que puede haber. Por este motivo habría que involucrarlos desde el principio para que entiendan bien el proyecto y se impliquen más.



MESA III:

Liderazgo estratégico en los Servicios de Farmacia.

Medidas para una gestión y organización eficaz

(Javier García Pellicer, Andrés Navarro Ruíz, Pere Ventayol Bosch)



Integración y gestión de la vida personal y la carrera profesional

La mesa fue iniciada por **Javier García** del Hospital Universitario i Politecnico La Fe de Valencia, cuya ponencia se centró en la integración y gestión de la vida personal y la carrera profesional, tema que afecta y preocupa a muchos farmacéuticos de hospital, ya que a la jornada laboral ordinaria deben añadir las guardias, y todo el tiempo necesario para el desarrollo de la carrera profesional (publicaciones, doctorado, cursos de formación continuada, BPS o equivalentes, idiomas, congresos, etc.). Tal es el volumen de actividad que al final que al final acaba entrando en conflicto con el tiempo dedicado a la vida personal.

En el Congreso Americano se dieron algunas claves para gestionar el tiempo y mejorar el desempeño de la profesión. La primera clave es determinar **qué es lo importante** para cada uno, tanto a nivel profesional como personal. Como paso previo hay que concretar los **roles propios** profesionales y personales, y luego determinar qué es lo importante para cada uno de estos roles. A partir de aquí se pueden definir los objetivos y una vez estén **objetivos claros**, se pueden priorizar y saber cuánto tiempo hay que dedicar a cada uno sin dejar ninguno desatendido. Esto es clave porque cuando las prioridades están claras, las decisiones se hacen fáciles.

Se resaltó que al contrario de lo que se suele pensar, en el Congreso Americano se posicionó **la vida personal y la carrera profesional** en el mismo plato de la balanza. Hay que centrarse tanto en la vida personal como en la carrera profesional, y buscar las sinergias entre ambas para conseguir mayor estabilidad y éxito.

Un mensaje que se trasladó fue que **el desarrollo profesional es una maratón y no un sprint**. Hay que alinear los objetivos operativos a corto, medio y largo plazo orientados a los grandes objetivos estratégicos marcados previamente. Los objetivos deben marcarse permanentemente y no perderlos de vista para alcanzar la meta.



Otro de los mensajes lanzados fue el de tener **pensamiento productivo**. No se trata de hacer determinadas actividades de forma productiva, sino que hay que cambiar la forma de pensar de forma global. Se deben incorporar como rutinas formas de actuación y hábitos que fomenten y busquen permanentemente la productividad. De esta manera será necesario invertir menos recursos, considerando el tiempo de uno como el recurso principal. La mejor forma de adquirir comportamientos productivos es incorporando un **sistema de productividad personal**. El sistema tiene que ser el que mejor se adapte a la personalidad de cada uno. En este sistema se registrarán y se hará el seguimiento de todas las actividades y proyectos, para vaciar la mente de esta carga y facilitar que pueda dedicarse a otras actividades como pensar, crear o encontrar soluciones.

En una vida productiva es muy importante la **planificación integral** de todos los roles definidos, tanto profesionales como personales. Esta planificación tiene que ser semanal, tiempo suficiente para incorporar elementos de todos los roles. Javier García puso el ejemplo del **sistema PlanPlus de productividad personal** de Franklyn Covey. En él se tienen definidas las tareas, proyectos, etc., agrupados en función de los diferentes roles que cada uno ejerce en su vida, y a los que en la revisión semanal se les va asignado un hueco en la agenda. Su gran ventaja es que permite revisar todos los roles sin olvidar ninguno, y aporta una visión completa de la semana. Es importante además tener en cuenta que, hay que dejar huecos libres en la planificación semanal, para los imprevistos que seguro surgirán, y que hay que manejar de forma adecuada, porque de lo contrario o bien se generarán situaciones conflictivas o bien se perderán oportunidades.

La **revisión semanal** es un concepto que está relacionado con la planificación. Se recomienda elegir un día fijo a la semana, habitualmente domingo o lunes, y dedicarle de 20 a 30 minutos a revisar objetivos, metas, proyectos o próximas tareas, los eventos venideros y las tareas que se han quedado sin hacer, para de esta manera hacer una planificación de calidad y tenerlo todo bajo control.

La ponencia continuó destacando la importancia de **aprender a decir NO, y decirlo con frecuencia**. No se trata de decir un no porque no, sino de un NO negociado y tratando con la consideración y respeto que merecen tanto la persona que hace la petición como la petición en sí misma. Se trata de no dejar de hacer o tener que interrumpir las tareas importantes planificadas por una tarea externa que quizá puede hacerse más adelante. Si no es posible dejarla para más adelante, se para lo que se esté haciendo, se gestiona la nueva tarea, y se vuelve a donde se había parado. También se debe decir NO a las cosas que van en contra de las prioridades de uno mismo, y antes de aceptar, se debe valorar en que medida apoyan o se alinean con los objetivos marcados.

Convertir los **eventos científicos en actos familiares** fue otro mensaje que se trasladó desde el Congreso Americano. Hay que aprender a compaginar la vida personal con la profesional, y a veces “mezclarla” es decir, hay que buscar las sinergias.

Otro mensaje clave es la importancia de **focalizarse**. La multitarea no funciona, y por intentar realizar muchas tareas, no se suele alcanzar la calidad adecuada. Por lo tanto, hay que tratar de eliminar la multitarea. Hay que ser productivo y aprovechar el tiempo, y sobre todo, hay que luchar de forma activa frente a las interrupciones, el principal enemigo de la productividad.

Para terminar, y aprovechando la presencia del Vicepresidente de la ASHP, Javier García le mostró el vídeo de presentación del 60 Congreso de la SEFH, “Superhéroes” que aborda el tema de la conciliación laboral de una farmacéutica de hospital. Es un vídeo que se presentó hace 3 años y que hoy en día continúa estando vigente y sigue difundiendo la Farmacia Hospitalaria en los festivales donde sigue participando.

Vigila tus euros

La siguiente ponencia estuvo en manos de **Andrés Navarro**, del Hospital General Universitario de Elche, quien se centró en el “dinero”. Para los americanos es importante que vigilar el dinero, pero siempre aportando **valor en el uso de los medicamentos**. Por este motivo la palabra “valor” se repitió mucho a lo largo del Congreso.

“Valor” se define como la **relación entre la calidad** (resultados y experiencia del paciente) y el **coste** (costes directos e indirectos). En Estados Unidos se utilizan varias **herramientas de evaluación**, y cada una tiene unos marcos de valoración diferentes. Si se hace una revisión de las guías, se puede ver que falta consenso para definir el concepto de “valor”, falta un modelo centrado en el paciente, y una perspectiva amplia del sistema. Los resultados que se obtienen son confusos y la metodología no está estandarizada. Sin embargo, sí que parecen ser una oportunidad de colaboración, y parecen fomentar el cambio basado en el volumen de medicamentos que está basado en el valor que aportan. Por todo esto, no se puede hablar del concepto “valor” como un concepto fijo, sino como un **concepto dinámico** que varía según quien lo evalúe.

Durante el Congreso Americano también se revisó qué medicamentos debían entrar en la Guía Farmacoterapéutica. Se habló del proceso de **Formulario tradicional**. Este proceso supone que el médico solicitará un fármaco, que será evaluado por la Comisión de Farmacia, y en base a criterios de eficacia, seguridad y coste de adquisición, se decidirá si ese fármaco puede entrar en el formulario o no.

El concepto de valor engloba la eficacia, el coste, el riesgo y además incorpora el **beneficio social**. Este es un beneficio para la Comunidad y tiene que atender tanto a criterios de calidad de vida para el paciente, como de beneficio para la Sociedad e incluso para la Institución.

Se habló de crear un **Comité de “valor” del medicamento**. El papel de este Comité sería decidir, antes de ir a la Comisión de Farmacia, si ese medicamento podría aportar valor a la Institución o al paciente. Una vez decidido, se tendría que pasar igualmente a la Comisión de Farmacia, que será quien decidirá definitivamente si el tratamiento debe ser incluido o no en el formulario. En el Comité de “valor” estarían representados los clínicos, pero también personal ajeno a la Institución. A través de la creación de este Comité se pretende cambiar el modelo tradicional ya que no es un modelo sostenible y no proporciona el soporte debido para evaluar el valor. Otra justificación del cambio es que parece ser que la Comisión de Farmacia no debería ser el único instrumento para decidir si un fármaco aporta valor o no, y se empieza a plantear por qué no se utiliza un fármaco que ya esté aprobado por la FDA o la EMA en su caso.

Como curiosidad, el coste de eficacia incremental en Estados Unidos que se acepta es 150 mil dólares por QALY. En España no tenemos un valor por QALY, pero en Inglaterra sí, que se traduce a 30 mil euros por QALY.

Contención presupuestaria

Para continuar con la ponencia, Andrés Navarro lanzó la siguiente pregunta a los asistentes, “Manteniendo la eficacia y la seguridad, ¿qué sistema de control presupuestario no es el adecuado?”. Todos los asistentes coincidieron en que las medidas de control de inventario no son el sistema de control presupuestario más adecuado.

Su presentación estuvo dividida en varios casos que se presentaron en relación a “Contención presupuestaria” durante el Congreso Americano. El primer caso estuvo centrado en cómo **aplanar el presupuesto hospitalario** de una Institución Sanitaria. En él se introdujo lo que se llama **Comisión de política de uso de medicamentos**, que no es lo mismo que una Comisión de Farmacia. Esta Comisión, formada por informáticos, financieros y toda clase de clínicos, da órdenes tajantes, y estas se tienen que cumplir. Además, está implementado en el Servicio de prescripción electrónica, y puede denegar o aprobar. Se presentó el ejemplo de la albúmina, que es un recurso caro y escaso y se hizo una revisión de las recomendaciones. Otro ejemplo que se expuso fue el de paracetamol intravenoso, un medicamento caro en Estados Unidos y de peor acceso que en España. Para este fármaco se implementó una revisión de guías, e incluso un *switch* a oral. Y tras estas medidas implementadas por la Comisión de política de uso de medicamentos, se consiguió una disminución del uso, reduciendo así el presupuesto.

Otro caso fue el de una red de 15 hospitales que establecieron acciones tales como estandarizar un formulario, crear una **Comisión de Farmacia centralizada entre los hospitales**, centralizar las compras y crear un programa de intercambio terapéutico.

El tercer caso planteaba la **alineación de medidas** financieras o logísticas y medidas clínicas. Como medidas financieras estaban revisar la cadena de suministro, llegar a acuerdos con proveedores o reducir el desperdicio de fármacos con control de uso e inventario. Las medidas clínicas tenían el foco en la duración de la estancia, en hacer lo correcto para el paciente, optimizar la dosis, cumplimentar de forma estricta el formulario, y otras muchas medidas más.

El siguiente caso estuvo relacionado con las **compras en bloque**, para ver la eficiencia de las compras globales frente a la compra por necesidad o por planificación. En Estados Unidos el precio de los medicamentos no es fijo y cambia periódicamente, lo que conlleva a que compren en grandes cantidades antes de que oscile el precio. Inicialmente se seguía un proceso de compra cíclico, que se muestra en la **Figura 9**.

Figura 9. Proceso de compra inicial.



Tras el cambio del ciclo de compra al que se le añadieron más controles (ver **Figura 10**), los ahorros previstos fueron considerables.

Figura 10. Proceso actual de compras.



Otro ejemplo que se expuso fue el de un **modelo centralizado** de control de stock e inventario de medicamentos de alto impacto económico y sanitario en una red de hospitales. Este control se puede realizar con el método *Just in time*, mediante el cual solo se adquiere el fármaco cuando se tiene al paciente con medicamentos de poco uso. Con respecto a los medicamentos peligrosos se aconsejó no acumularlos preparados en planta, y se vio que era rentable mantener una Farmacia 24h. Cualquier desperdicio, aunque sea pequeño, se considera importante, y la pérdida de recursos por pequeña que sea es transcendental.

Para finalizar, Andrés Navarro dio la respuesta correcta a la pregunta planteada al inicio de su ponencia, y esta es que a pesar de lo que se piensa, las medidas incentivadoras no son el sistema de control presupuestario más adecuado.

Usando el desarrollo profesional continuo como clave en tu planificación de éxito

La última ponencia, centrada en lo más básico del desarrollo profesional, y en lo más avanzado, la lideró **Pere Ventayol**, del Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca. Uno de los temas que se destacaron del Congreso Americano, relacionado con el liderazgo, fue el hecho de usar el **desarrollo profesional continuo** en los logros sostenidos de la práctica farmacéutica, así como los resultados en los pacientes, y la evaluación de los componentes de un plan de desarrollo continuo y cómo diseñarlo.

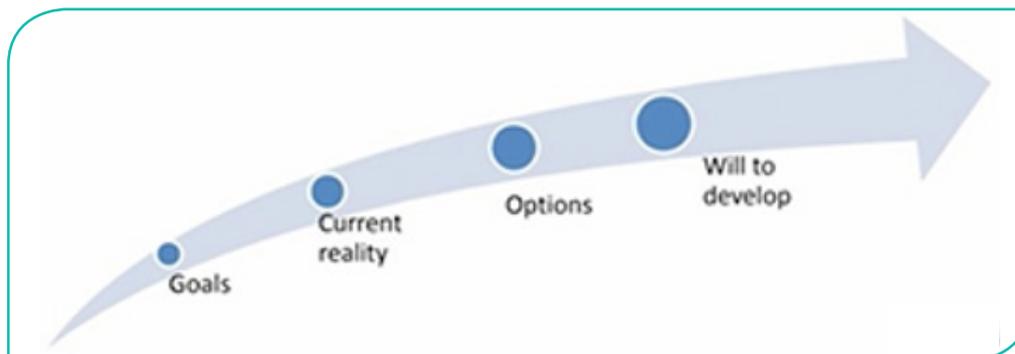
Una de las competencias recurrentes es el **proceso de liderazgo**, que se considera un proceso continuo. Los farmacéuticos tienen que estar preparados para asumir este rol de liderazgo. Las competencias deben abordar 2 sectores principales. Uno de ellos son las competencias relacionadas con el conocimiento y el otro está relacionado con las competencias del comportamiento.

Las competencias del **comportamiento** están relacionadas con la comunicación verbal y escrita, la responsabilidad, el compromiso con el aprendizaje y otra serie de características. Aquellas competencias relacionadas con el **conocimiento** tienen más que ver con la crítica clínica, las gestiones de los proyectos, la organización del Servicio y otros factores.

Como herramienta principal se especificó la importancia de tener un **plan de acción** con unos objetivos concretos de aprendizaje, en el que hay que identificar y establecer cuáles son las prioridades y cuáles son las competencias requeridas. Además, se debe establecer un tiempo en el que lograr los objetivos marcados. Estos objetivos deben ser SMART (*Specific Measurable Achievable Relevant Timed*).

Un modelo de coaching que se estableció durante las sesiones del Congreso Americano, fue el **Modelo GROW** (ver Figura 11) que establece un crecimiento desde los objetivos que se pretenden conseguir, hasta llegar al nivel de compromiso que tiene uno mismo para alcanzar objetivos marcados. Este modelo sirve para, si no se han conseguido los objetivos, ver en qué punto se dejó de cumplir lo marcado, para corregir los errores y así conseguir lo establecido.

Figura 11. Modelo GROW.





Los **mensajes clave** a destacar sobre el desarrollo profesional continuo son que debería estar enfocado para dar soporte al cuidado del paciente y para establecer prioridades en la organización, permitiendo estabilizar el Servicio y fomentar el avance práctico de uno mismo y del grupo. Además, puede potenciar el compromiso con la Institución y crear un mejor equipo.

Navegando en el futuro de la Farmacia Hospitalaria

Esta parte de la ponencia se centró en el desarrollo de los planes estratégicos. Para empezar, Pere Ventayol les preguntó a los asistentes, “En la planificación estratégica del futuro del Servicio de Farmacia, ¿qué respuesta no es correcta?”. La mayoría de los asistentes eligió la opción “la planificación estratégica debe ser lo suficientemente sólida para que se mantenga durante una década”. Según Pere Ventayol, la planificación estratégica ha de ser sólida, pero no debe mantenerse durante una década.

La **planificación estratégica** está basada en tres grandes sectores que son la **estrategia**, definida por la dirección hacia la que se quiere ir, la **planificación** y la **organización** de los recursos. Se debe diferenciar la planificación estratégica de la táctica. La planificación estratégica es a largo plazo, y la táctica se refiere al despliegue de la planificación de forma más detallada. Este tipo de planificación es un **proceso continuo** en el que tiene que haber una planificación, posteriormente un desarrollo de este plan, una implementación o mantenimiento del mismo y una medida para evaluarlo y actualizarlo. Los planes estratégicos deberían revisarse al menos una vez cada 3 años porque siempre puede haber mejoras y modificaciones.

Para preparar una planificación estratégica se deberían seguir las sugerencias respecto a localización, facilitador y participantes. En cuanto a la **localización** se especificó que la reunión debía ser fuera del hospital, pero no muy lejos, con mobiliario cómodo y comida fuera de la sala. Los **participantes** dependen del foco que se pretende evaluar, que puede ser o bien un plan estratégico o bien mejora en un área específica del Servicio de Farmacia. Es importante tener una **representación transversal** y deben estar representados en los planes estratégicos los que hacen el día a día. El **facilitador** es una pieza clave para desarrollar estos planes estratégicos. Tiene que ser un experto, y puede ser un consultor externo, o alguien del departamento de Recursos Humanos. Es muy importante también establecer la **figura que recoge la documentación del plan**, ya que todo lo que se diga tiene que documentarse. Se recomendó que lo hiciera un Manager junto a un estudiante o residente familiarizado con el Servicio. Y como mínimo, deben existir, dentro de la documentación, 4 apartados que son sobre qué tema se discute, qué acción debe realizarse, quién será el responsable y cuándo tiene que realizarse esta planificación.

Cuando la planificación estratégica incorpora un amplio espectro de la Institución, es decir, varias áreas, se considera importante justificar la visión, la misión y los valores del Servicio de Farmacia. Esto implicaría tener en cuenta al menos dos **criterios de tipo DAFO**, uno del propio Servicio y otro del Servicio dentro de una Institución. Es muy importante que el Servicio de Farmacia esté alineado con la visión, misión y valores de la Institución. Con esto se trata de ofrecer el propósito que tiene el Servicio de Farmacia dentro de la Organización y con respecto a los pacientes y la Sociedad.

A la hora de encontrarse con **retos no identificados**, se planteó la utilización del **brainstorming** como solución. Las ideas “disparatadas” también tienen que tener su oportunidad, y se deben minimizar los juicios y escuchar a todos los miembros del equipo. El facilitador en este punto tendrá un papel fundamental para insistir en que se cumplan las normas, y para resumir las conclusiones de la planificación.

Cuando se llega a un estancamiento en el plan de acción, se recomendó establecer una estrategia de **campo forzado**, es decir, dejar a un lado el por qué no se puede hacer esa acción e indicar cuál sería la mejor manera de llevarlo a cabo si el problema no existiera.

Los **mensajes clave** serían: la agenda de la planificación estratégica requiere revisar la visión y misión, que los participantes deben evitar preocupaciones externas y basarse en conocimiento previo (encuestas y lecturas) y las técnicas como el *brainstorming* o el campo forzado, permiten solventar puntos críticos.

Por otro lado, describió las **tareas de un líder**. Cada objetivo, meta o plan de acción que se establezca debe estar unido al propósito de la Organización y estar alineado con la **misión, visión y valores**. Visión, alineación y ejecución son 3 pasos que debe cumplir un líder, y no puede evitar o perder ninguno. Las metas y objetivos deben construirse de una manera comprensible, racional y medible. Todos deben estar informados de los progresos en los objetivos, planes de acción y resultados.

Para finalizar, Pere Ventayol opinó que una de las charlas más interesantes en referencia al liderazgo fue la de la **6ª edición de la publicación de la Fundación de la ASHP**. Esta publicación está relacionada con la previsión de lo que va a suceder en los próximos 5 años y está basada en una encuesta realizada a líderes en conocimiento o líderes dentro del Sector Farmacéutico. Esta publicación es un documento que sirve para establecer las bases de discusión en planes estratégicos y como documento base para cualquier plan estratégico. Es un proyecto que indica tendencias del campo de la Farmacia, incluso de otros campos, para estimular el pensamiento y la discusión. Hay hasta 8 dominios que se evalúan en cuanto a la previsión de la Farmacia del 2018. Entre estos dominios están la innovación terapéutica, la tecnología, el papel de los técnicos y las tareas de Farmacia. Cada uno de estos dominios genera 6 posibles escenarios.

Tras finalizar las ponencias acerca del liderazgo, se dio paso al debate

Javier García inició el debate dirigiéndose a Andrés Navarro para preguntarle por qué piensa que las medidas incentivadoras no son el sistema más adecuado. A esta cuestión contestó que ninguna de las charlas del Congreso hizo mención a las medidas incentivadoras. Su percepción es que el farmacéutico no tiene poder para intervenir en ese tipo de medidas, y no se suele incentivar con el salario ya que en Estados Unidos estos son muy altos y habría que invertir más dinero, y tampoco aportaría ningún beneficio clínico.

En esta ocasión, Javier García se dirigió a Pere Ventayol para preguntarle si veía interesante implantar la iniciativa de la *ASHP Foundation* en la SEFH. Desde el punto de vista de Pere Ventayol sería muy interesante trasladar el concepto de publicar los resultados de una encuesta realizada a líderes de opinión y a Jefes de Servicio que tengan visión de futuro, para saber hacia dónde va a ir la Farmacia Hospitalaria de aquí a 5 años. Esto permitiría una incorporación en la estrategia de desarrollar programas estratégicos o de fomentar debate y pensamientos constructivos.

CLAUSURA:

La docencia como herramienta para crear el futuro

(José Luis Poveda Andrés)



Tras agradecer a Amgen su impulso e implicación en la celebración del evento, así como a la SEFH la oportunidad de participar en la presente edición, José Luis Poveda Andrés, presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) para Farmacia Hospitalaria, comenzó la ponencia que cerrará la jornada POSTMIDEYAR 2017. Bajo el enunciado de “La Docencia como herramienta para crear el Futuro”, resaltó el **valor de la docencia como herramienta para crear nuevos espacios** que permiten, además, promover una mejora en las capacidades y desempeño de los profesionales sanitarios. A través de su experiencia como actual presidente de la CNE y los casi ocho años que ostentó el cargo de presidente de la SEFH, planteó una serie de reflexiones elaboradas desde un punto de vista de índole más personal.

Comenzó compartiendo una máxima de uno de los padres de la Pedagogía, Jean Piaget, en la que aboga por la **educación como un vehículo para crear individuos capaces de hacer cosas nuevas**, no simplemente de repetir lo que hicieron otras generaciones, con espíritu crítico para aceptar o rechazar aquello que se les ofrezca. Este es uno de los principales retos del entorno en el que se encuentra la Sociedad farmacéutica, es decir, se busca generar profesionales creativos con iniciativas innovadoras. Así, a través de una analogía con un fragmento extraído de la novela “La Ilíada” sobre la contienda entre Aquiles y Héctor, resaltó la **trascendencia que representan los cambios de actitud**, y planteó el interrogante de hacia dónde han de orientarse estos. Continuó defendiendo que la capacidad de moldear una opinión, a través de la duda, la renuncia de la seguridad de la verdad y la rectificación, lejos de ser un defecto es una virtud, pues representa un proceso adecuado de reflexión. En este contexto manifestó que el tiempo presente es el adecuado para ello, y que dicha reflexión debe ser llevada a cabo por todos los miembros de la SEFH. A su juicio, se encuentran en un momento de encrucijada en el que han de decidir **qué rumbo tomar y a través de qué decisiones**, quizás no necesariamente definitivas, pero adaptadas al entorno actual.

En este sentido, a modo de autocrítica, comentó que **existen cinco elementos que deberían evitarse** y que han estado de algún modo presentes a lo largo de la jornada, que son:

- El adanismo, o tendencia a pensar que previamente a nosotros no ha habido vida inteligente
- La arrogancia o moral, entendida como la suposición errónea de que nuestros predecesores no son lo suficientemente buenos ya que, precisamente, ellos nos han permitido avanzar y posicionarnos en el lugar en el que nos hallamos ahora
- El sectarismo, defendiendo en su lugar la conciencia de que existen múltiples caminos para llegar a un mismo objetivo y que estos deben contemplarse y compartirse
- Centrar el *job-to-be-done* únicamente perseguir una mejora de lo que ya conocemos, abogando firmemente por la importancia de buscar nuevas herramientas que permitan dar respuesta a las necesidades no cubiertas
- La “tentación de la varita mágica”, esto es, el convencimiento de que en el entorno de la sanidad todo se encuentra interconectado y, por tanto, facilita el proceso de ofrecer respuesta a los requerimientos.

Prosiguió destacando la importancia de “aprender a cerrar los ojos” para **lograr ver las cosas de un modo diferente** al establecido. Asimismo, comentó que través de los consejos de su padre, un hombre que no pudo acudir a la escuela pero que siempre mantuvo presentes sus orígenes y un claro sentido de la realidad, y que padeció en primera persona las consecuencias del Alzheimer, ha sido capaz de asimilar el valor de saber quiénes somos, qué sabemos y de qué modo podemos aprender. Estas tres premisas han de acompañarnos siempre a la hora de crear futuro, pues somos el producto de recordar lo que hemos sido.

Trasladando esta idea al ámbito de la Farmacia Clínica comentó que a lo largo de los años se han sucedido numerosos avances, como la creación de una jerarquía hasta entonces inexistente o el planteamiento de un modelo cada vez más personalizado. Todos ellos son fruto del esfuerzo y dedicación de los profesionales del sector en un entorno en el que fue preciso abrirse camino y a los que, por tanto, hay que conceder la relevancia que representan.

Asimismo, manifestó que estos cambios tan trascendentales **se han materializado en un intervalo temporal relativamente corto**, pues recuerda que en el año 1990 la Ley del Medicamento no recogía la obligación de disponer de un Servicio de Farmacia con un farmacéutico especialista asignado. Como fecha clave en este recorrido señaló 1978, año en el que se adquiere conciencia de la importancia de la formación como vehículo para crear futuro y la necesidad de conferirle autonomía con respecto a las cuestiones relacionadas con la organización estructural. A partir de este momento nació la convocatoria de plazas de Farmacéutico Interno Residente (FIR). En cifras absolutas, la evolución lograda en España hasta nuestros días en este campo supone la formación de aproximadamente el doble de especialistas que nuestros homólogos americanos. Así pues, señaló que buena parte de este avance ha venido de la mano, en el año 1999, del establecimiento de un **cuarto año de formación especializada** basada en rotaciones por diversos Servicios embebidos en la matriz hospitalaria, así como en la atención a pacientes externos incluida tres años más tarde, que dotó de complejidad a los programas y permitió al farmacéutico consolidarse como un integrante más del equipo sanitario multidisciplinar a través de una postura más cercana al paciente.

Estos nuevos espacios paulatinamente conquistados permitieron **generar nueva experiencia y descubrir aspectos de los pacientes hasta el momento desconocidos**, fomentando la creación de programas educacionales dirigidos a una gran variedad de patologías. Como segunda fecha clave, más próxima y quizás con una repercusión menos percibida, destacó el año 2012 con la publicación del Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que establece el requerimiento de un farmacéutico especializado en aquellos Centros sociosanitarios de más de 100 camas. Estos centros suponen, en nuestro país, casi una quinta parte del total de centros residenciales, lo que representa una posibilidad más que fehaciente de continuar abarcando nuevos espacios, que han de ser tanto intrahospitalarios como adyacentes.



En este ámbito comentó la **sustancial labor de la CNE** a través de la edición de dos programas, uno en 1991 y otro en 1999, y los esfuerzos por dar a conocer una tercera edición que por el momento no ha logrado ver la luz debido a una descripción de competencias relativas a Atención Primaria considerada insuficiente por parte del Ministerio de Sanidad. Esta decisión, que supuso un súbito alto en el camino, se acompañó casi de forma paralela con la aparición de la troncalidad, materializada en el Real Decreto 639/2014 que introdujo modificaciones en el título de especialista de Farmacia Hospitalaria, lo que propició cierto sentimiento de pérdida de identidad. Sin embargo, estas dificultades despertaron una conciencia en el sector de buscar nuevas oportunidades, de modo que se presentó un nuevo programa, resultado de una intensa labor de revisión, debate y reparto de competencias.

Esta **nueva propuesta aportaba cuatro soluciones a los problemas** que se encontraban sobre la mesa, a través de la actualización de los contenidos de la última versión difundida; la implicación del Servicio de Farmacia en competencias relacionadas con Atención Primaria, dando respuesta a la anterior petición ministerial; la inclusión de nuevos dominios competenciales, diferenciando entre específicos y genéricos, de modo que estos últimos permitieron equiparar por primera vez las competencias de una especialidad no médica a aquellas reservadas a los médicos; y la implantación de nuevas medidas de evaluación, que permiten estimar la magnitud del proceso de mejora continua. Así pues, prosiguió apuntando a que debe ser una filosofía de aprendizaje basada en los errores, pensamiento fuertemente arraigado en la mentalidad americana, la que determine la validez de nuestro enfoque y, en última instancia, la dirección en la que caminamos.

A pesar de las iniciativas de mejora mencionadas, una vez más el Ministerio deja en suspenso la aprobación del nuevo programa, retornando de esta forma a la versión vigente elaborada casi veinte años atrás. Sin embargo, la dureza de esta decisión no mina los esfuerzos de la CNE, que **redacta una nueva propuesta** en la que se incluyen todas las aportaciones de los nuevos vocales, con un enfoque más clínico y sin olvidar las competencias relativas a Atención Primaria. Reflexionó en este punto acerca de la importancia del cambio, como un *continuum* en el que, como participantes, es preciso que los farmacéuticos definan hacia dónde quieren dirigirse y hacerlo bajo la conciencia de que forman parte de un colectivo. Además, todo ello debe ocurrir bajo la premisa de que, al mismo tiempo que es preciso crear una nueva demanda de servicios, los farmacéuticos deben adaptarse a las necesidades de una sociedad que migra hacia un modelo cada vez más centrado en el paciente, que presenta una creciente tendencia a la cronicidad y requiere, por tanto, de la consolidación de una continuidad asistencial y longitudinalidad en la atención. Así lo promulgan las diferentes sociedades bajo una línea estratégica común, que aboga por funcionar como punto de apoyo para el farmacéutico con el objetivo de lograr una **mejora de los resultados en salud del paciente** y que ha supuesto un notable crecimiento de la presencia de los mismos en este *continuum* asistencial.

Por otro lado, comentó que los farmacéuticos deben tener en cuenta que, aunque como profesionales sanitarios pueden intuir ciertas circunstancias de la era en la que vivimos, **nos hallamos en tiempos de incertidumbre sujetos al cambio constante** denominados tiempo VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*). En este tiempo cobran un protagonismo fundamental los trabajadores del conocimiento, entendido como un concepto más amplio que engloba aprender a conocer, a hacer, a vivir juntos y a ser, tal y como versan los pilares de la UNESCO. Asimismo, ha de analizarse si el modo en que se avanza en conocimiento está alineado con esta fase de la sociedad en la que estamos inmersos y que, al fin y al cabo, es responsable de moldear el proceso de aprendizaje. Se ha de bogar en pro de la construcción de Organizaciones inteligentes, con capacidad de formación constante en un entorno de continuo cambio e integradas por personas con dos cualidades fundamentales, que son la **adaptabilidad** y la **versatilidad**. La primera de ellas, importante para ser expertos

en desaprendizaje y aceptar el reto diario de aprender el trabajo del conocimiento; y la segunda, como expresión de lo que llamamos talento líquido, que engloba los perfiles generalista y especialista reuniendo lo mejor de cada uno de ellos.

En cuanto al itinerario formativo de un especialista, señaló que no lo componen únicamente los cuatro años de FIR, sino que lo perfilan de un modo muy importante los 40 años de carrera profesional posterior. Sin embargo, a pesar de que esta etapa formativa inicial representa una pequeña porción de un todo, ha de plantearse bajo esta visión de talento versátil y adaptable, de forma abierta y permitiendo el máximo número de posibilidades. Para lograrlo, abogó por una transformación de los métodos docentes que afecte no solo a los contenidos, sino también a los procedimientos. En este contexto, no cabe duda de que la formación en redes se está convirtiendo en una de las piedras angulares de este cambio, permitiendo la generación de competencias clave para el futuro de un modo diferente, más rápido y con el apoyo del avance forjado por las nuevas tecnologías. La máxima que, como docentes, se ha de perseguir es la de ser competentes para formar alumnos que también lo sean, teniendo presente que sabemos lo que somos, pero no lo que podemos llegar a ser. El camino de explorar nuevos espacios no se sencillo, y a lo largo de él surgen dificultades, pero han afrontarse sabiendo el destino que queremos alcanzar, con cohesión y con el mejor equipo para lograrlo.

CIERRE JORNADA

(Miguel Ángel Calleja Hernández)

El cierre de la Jornada estuvo en manos de Miguel Ángel Calleja, quien quiso transmitir la importancia de trasladar lo aprendido y solicitó que los farmacéuticos priorizaran los cambios que podría priorizar en su trabajo. Los líderes de los Servicios de Farmacia en su caso deberían priorizar cambios en sus equipos, uno o dos para cada miembro.

A lo largo de la Jornada se han presentado muchas cuestiones relacionadas con las relaciones entre Sociedades, con la atención al paciente tanto ingresado como no ingresado, con liderazgo estratégico. A su parecer, todas las ideas son de gran utilidad y son muy aplicables en la Sociedad Española para mejorar el futuro de la Farmacia Hospitalaria. Además, la conferencia de Clausura, en su opinión, permitirá ver el debate desde una perspectiva más creativa.

Para finalizar, agradeció al equipo que fue al Congreso, todas las horas de trabajo, y la capacidad de síntesis que ha permitido resumir en unas horas los conceptos más relevantes que se presentaron en el Congreso. Su agradecimiento también estuvo dirigido a Amgen por su implicación y colaboración en este tipo de proyectos y a todo el equipo que ha trabajado en estas jornadas. No se olvidó tampoco de Douglas J. Scheckelhoff que hizo el esfuerzo de acudir a **POSTMIDYEAR2017** en representación de la Sociedad Americana, mostrando así el compromiso mutuo de colaboración, ni de todos los asistentes que hicieron un hueco en su agenda para acudir a la Jornada esperando que haya sido productiva y se puedan llevar ideas que puedan aplicar en sus Servicios.



POST MIDYEAR 2017
CREATING THE FUTURE