

**EDUCACIÓ SANITÀRIA I COMPLIMENT TERAPÈUTIC.
ELEMENTS CLAU DE L'ATENCIÓ FARMACÈUTICA
INTEGRADA**

DISCURS

Llegit en l'acte d'ingrés de l'acadèmic corresponent

Molt Il·lustre Dr. Carles Codina Jané

Celebrat el dia 3 de Febrer de 2015

PRESENTACIÓ

A càrrec de l'acadèmic numerari

Molt Il·lustre Dra. M^a Antònia Mangues Bafalluy

PRESENTACIÓ DEL NOU ACADÈMIC

Molt Il.lustre Dra. M^a Antònia Manges i Bafalluy

**Excel·lentíssim Sr. President,
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Senyores i Senyors,**

En primer lloc vull agrair a la Junta de Govern de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya l'encàrrec que m'ha fet de dur a terme la presentació reglamentària del Dr. Carles Codina i Jané en l'acte del seu ingrés com nou membre de la institució.

Em complau enormement poder presentar-te, Carles, per molts motius però principalment per l'amistat que ens uneix. Ens vàrem conèixer a principis dels anys 80 al servei de farmàcia de l'hospital de Sant Pau on vàrem coincidir per formar-nos en farmàcia clínica amb el nostre admirat i enyorat mestre Joaquim Bonal. Des d'aleshores, la farmàcia d'hospital ha crescut moltíssim gràcies a la visió que ens va encomanar el propi Joaquim i a la vocació, empena i il·lusió que persones de la teva talla professional han abocat en aquest gran projecte comú que treballa per a la salut de les persones millorant dia a dia el complex procés de l'ús dels medicaments.

D'acord amb el que és habitual en el protocol d'aquest acte compartiré amb tots vostès alguns trets de la biografia i del bagatge professional del nou acadèmic que ens varen portar a presentar la seva candidatura.

El Dr. Codina va cursar els estudis de farmàcia a la Universitat de Barcelona, obtenint la llicenciatura l'any 1978. L'any 1987 es va especialitzar en farmàcia hospitalària i l'any 2004 va defensar el seu projecte de doctorat.

Va iniciar la seva activitat professional al servei de farmàcia de l'hospital de la Santa Creu de Vic, avui Consorci Hospitalari, equip amb el que segueix col·laborant estretament. Vic és la seva ciutat, el lloc on viu malgrat la major part de la seva activitat professional l'ha desenvolupat a Barcelona, al servei de farmàcia de l'Hospital Clínic on es va incorporar com a cap de secció l'any 1984 sota la direcció del Dr. Josep Ribas, Acadèmic numerari d'aquesta corporació. Aquest tàndem va conduir una gran transformació del servei de farmàcia de l'Hospital Clínic aconseguint que, en pocs anys, esdevingués un dels serveis de farmàcia hospitalària amb més prestigi del territori nacional. Poc després

de la jubilació del Dr. Ribas, l'Hospital Clínic el va elegir nou cap de servei de farmàcia, pertocant-li des d'aleshores liderar un projecte del que en forma part des del seu començament.

La seva intensa activitat professional queda reflectida en el seu currículum que no repassaré en detall però del que, en clau interna a l'Hospital Clínic, voldria destacar el seu compromís amb la qualitat, amb la incorporació de les noves tecnologies a la gestió dels medicaments i amb l'ampliació dels programes d'atenció farmacèutica a l'àmbit de la farmàcia ambulatoria i de l'atenció primària. El seu lideratge queda també patent pel seu exercici des de les presidències de la comissió de farmàcia i terapèutica i del comitè hospitalari de l'ús segur dels medicaments. El Dr. Codina ha estat capaç de compaginar les tasques internes amb una creixent activitat en el sí de societats científiques com la Societat Catalana de Farmàcia Clínica de la que va ser president i la *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria* compartint les seves reflexions i les experiències viscudes en el banc de proves del Clínic. La seva visió, el seu compromís professional i el seu tracte elegant i afable fan que per molts dels farmacèutics d'hospital del nostre país el Dr. Codina sigui un dels referents en el qui es pensa en busca d'opinió o ajut. I encara em vull referir a una altra activitat per molts desconeguda a la que hi dedica tot el temps que pot. És assessor de *Medicus Mundi* en temes de Farmàcia i s'ha desplaçat en diverses ocasions al Campament de refugiats del poble sahrauí.

L'orientació clínica ha estat present en totes les iniciatives professionals del Dr. Codina. Mai deixa de pensar en com els farmacèutics podríem organitzar-nos millor, com podríem millorar el que fem incorporant noves eines i com, en definitiva, podríem resultar més útils als pacients. Ha analitzat molts models d'atenció farmacèutica i ha estudiat la possibilitat d'adaptar en el nostre àmbit aquells que han resultat d'èxit en altres entorns com ara el dut a terme al departament de farmàcia de la regió *NHS Lothian*, a Escòcia, on va fer una estada ara fa un parell d'anys.

Em referiré breument, a continuació, al tema que ens ha anunciat pel seu discurs d'ingrés: l'educació sanitària i el compliment terapèutic com a elements clau de l'atenció farmacèutica. És un bon coneixedor dels dos temes. L'any 1987 va posar en marxa un projecte consistent en l'entrega, en el moment de l'alta hospitalària, d'un informe amb tots els

medicaments que el pacient havia de prendre a casa; el contingut d'aquest informe es va anar millorant incorporant les imatges de les especialitats farmacèutiques prescrites, l'horari de les preses, les dosis i una petita explicació sobre la indicació, precaucions i consideracions sobre el medicament. El Dr. Codina va posar de manifest que els pacients que rebien el citat informe augmentaven el compliment terapèutic en un 19% de mitjana i que aquest percentatge superava el 25% en el subgrup de pacients d'edat avançada.

Per una altra banda, el compliment terapèutic va ser objecte d'anàlisi en el seu projecte de doctorat, un estudi prospectiu fet en cohort de més de 600 pacients infectats pel VIH i en tractament antiretroviral de gran eficàcia. El va dur a terme en una nova secció del servei, la farmàcia ambulatoria, creada als anys 90 i que des del principi va orientar els programes d'atenció farmacèutica buscant la corresponsabilització del pacient amb el seu tractament. Els resultats van evidenciar que els pacients que seguien el programa d'atenció farmacèutica tenien un 13,7% més d'èxit terapèutic mesurant la variable "resposta virològica" i va anticipar una potencial relació causal d'aquesta variable amb l'adherència ja que el grup de pacients que van rebre atenció farmacèutica tenien una taxa d'adherència clarament superior.

Com acabo d'exposar, el Dr. Codina ha dedicat moltes hores a abordar un problema prevalent i rellevant en la pràctica clínica com és la manca d'adherència al tractament farmacològic. La decisió de prendre un medicament de forma continuada, respon a un comportament molt complex. Es tracta d'un tema d'actualitat que la pròpia OMS considera un tema prioritari de salut pública a causa de les conseqüències negatives que se'n deriven al comprometre l'eficiència i seguretat dels tractaments farmacològics. Serà un plaer escoltar atentament al Dr. Codina i aprendre de la seva experiència.

Ja no em resta més, Carles, que donar-te l'enhorabona en nom dels teus nous companys acadèmics i demanar-te que estimis aquesta Reial Acadèmia que avui t'acull i que per molts anys l'enriqueixis amb les teves aportacions.

Moltes gràcies.

M^a Antònia Mangués i Bafalluy

DISCURS

Llegit en l'acte d'ingrés de l'acadèmic corresponent

Molt Il·lustre Dr. Carles Codina Jané

Celebrat el dia 3 de Febrer de 2015

A la Maite, en Marçal i en Guillem

**Excel·lentíssim Senyor President,
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics,
Senyores i senyors,
Benvolguts familiars, companys, i amics.**

Abans de començar voldria agrair a la Junta de Govern de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya, i a proposta dels doctors Josep Ribas Sala i Maria Antònia Mangues Bafalluy, la meua entrada com a acadèmic corresponent. És per a mi un privilegi i un gran honor comptar amb el seu reconeixement.

Si em permeten, voldria tenir un record molt especial pels meus grans mestres de professió, Joaquim Bonal de Falgas i Evaristo Tomás Ros, que malauradament ja no són entre nosaltres. Per a mi van ser i encara són, un exemple a seguir en aquesta nostra professió. Pel seu esforç, dedicació, entusiasme, visió i sobretot, per la vesant humana, així com també per la seva integritat, esperit de lluita i superació, que els va caracteritzar al llarg de tota la seva vida.

A tots els companys de feina, del Servei de Farmàcia del Hospital Clínic, dirigit fins ara pel Dr. Josep Ribas, amb qui he conviscut i compartit tants projectes, il·lusions i altres situacions, que s'han traduït en el desenvolupament d'un gran Servei de Farmàcia, i que a nivell personal ha representat la gran oportunitat de la meua vida per poder aplicar tot allò en el que creia, i intuïa que podia ser el millor per la nostra professió, pel nostre servei i pels nostres malalts. Per tot això els hi estic molt agraït.

Un agraïment també molt especial a tots els farmacèutics, tècnics, i col·laboradors del Servei de Farmàcia del Clínic, que han treballat a la Farmàcia Ambulatoria i que han participat en el procés d'informes a l'alta hospitalària, per la seva valuosa contribució en el tema que avui ens ocupa i que gràcies al seu esforç, els ho puc ara exposar.

Tampoc voldria oblidar als companys recents i ben retrobats del Consorci Hospitalari de Vic, per la seva acollida, implicació i

entusiasme per aquest nou projecte i concepte de Farmàcia que ens està ocupant.

De fet, va ésser l'Hospital Sta. Creu de Vic, el primer que em va donar l'oportunitat d'exercir com a Farmacèutic d'Hospital, una època molt intensa, de la que sempre guardaré molt bon record.

A tots els amics, companys de professió, metges, infermeres, tècnics de farmàcia, administratius, personal de neteja i altres, del Hospital Clínic com de Consorci Hospitalari de Vic, com del Hospital Sta. Creu de Vic i altres Hospitals i països, que he tingut la gran sort de conèixer, i compartir moments de la meua vida professional i/o social.

A tot l'equip humà de Medicus Mundi, per donar-me l'oportunitat de col·laborar en els seus projectes, i a la de conèixer i obrir-me els ulls a una altra realitat del món molt enriquidora, i a la vegada gratificant en la meua persona.

Un record molt especial pel poble sahrauí per acollir-me i donar-me l'oportunitat de compartir el poc que tenen.

No podia faltar un agraïment molt especial a la meua família, a la Maite, en Marçal i en Guillem, i les meves joves Gemma i Rosa, per deixar-me dedicar-hi totes les hores que m'han calgut, i pel suport i ànim que sempre m'han donat en el desenvolupament de la meua feina, i en l'ajut dels moments difícils que tothom té.

Als meus pares i germans grans, pel seu esforç i generositat en donar-me la possibilitat per poder estudiar aquesta carrera, que a hores d'ara, encara no sé d'on em va venir la vocació.

A la resta de família, presents i no presents, germans, germanes, cunyats, cunyades, avis i avies, nebots i nebodes, per tots els bons moments, d'acolliment i afecte que sempre m'han fet palès.

A la Núria Rafart per ajudar-me en la correcció del text en català.

Als amics que he anat trobant pel camí de la meua vida, amb qui hem conviscut també molts bons moments, i encara que amb alguns no ens veiem molt sovint, saps que són allà disposats a donar-te el suport i ajut sempre que el necessitis.

A tots ells i a vosaltres moltes gràcies, per deixar-me i donar-me l'oportunitat de poder treballar en allò que m'agrada, m'omple, i m'entusiasma.

No deixaré de lluitar en tot allò que crec, i a la vegada consideri que és bo pel desenvolupament d'aquesta nostra estimada professió.

Tot seguit llegiré el meu discurs que versa sobre un aspecte de la meva activitat investigadora i que he titulat:

Educació Sanitària i compliment terapèutic. Elements clau de l'Atenció Farmacèutica.

En aquest discurs no em referiré a l'accessibilitat del medicament, que seria la primera de les exigències bàsiques de qualsevol sistema sanitari envers els seus ciutadans.

A dia d'avui, encara ens trobem que una part important de la població mundial no té accés als medicaments. Aquest seria, sens dubte el primer objectiu de qualsevol política sanitària de qualsevol país d'arreu del món i sobre el que s'hauria de treballar a nivell mundial i que es mereixeria un altre debat en exclusivitat.

De fet, la Organització Mundial de la Salut (OMS) ha endegat diverses iniciatives en aquest sentit. Tant en l'accés al medicament, com en la producció local, en la qualitat del medicament, en el bon ús dels medicaments i en l'educació i compliment del malalt envers el tractament, etc. Tot dins la política de medicaments essencials promoguda per la mateixa OMS.

Tampoc parlaré de la medicina tradicional, de gran vàlua en moltes situacions i entorns, per la qual manifesto un profund respecte i admiració, i a la vegada, reconec el meu desconeixement d'aquesta ciència tant interessant. Com he dit també abans, és prou important com per generar un altre debat.

Educació Sanitària

Introducció

En els darrers anys hem estat testimonis d'un canvi significatiu en el camp de l'educació sanitària. El propi procés evolutiu de la condició humana i l'arribada de les noves tecnologies, han fet que aquest canvi determinés un salt rellevant en el món de la comunicació, tant a nivell quantitatiu com qualitatiu.

Si ens centrem en el món del medicament, ens adonem que el fenomen gairebé és el mateix. És més, diria concretament que la informació de medicaments, tant la dirigida a un pacient en particular com la dirigida a la població en general, s'ha anat potenciant en els darrers 20 anys.

Informar per educar, aquest seria el concepte i a la vegada el nostre repte.

L'educació de la població envers el medicament ha estat sempre un dels principals reptes en polítiques de salut. En aquest sentit, s'han endegat iniciatives liderades pels propis governs i/o amb el suport de l'Organització Mundial de la Salut¹⁻², i altres organitzacions³, per reforçar la seguretat, i sobretot, el bon ús del medicament.

El grans objectius que es persegueixen són millorar coneixements, modificar comportaments i generar actituds dels ciutadans, sobre l'ús dels medicaments.

En aquest sentit es podrien diferenciar dos mètodes educatius, en funció de l'abast a qui va dirigit: l'educació de caràcter general o l'educació de caràcter individual⁴.

La de caràcter general va adreçada a un grup de persones, altrament denominada en el nostre àmbit, "població diana", i pretén arribar a un gran nombre de ciutadans. Habitualment es transmet a través d'un missatge curt, difós per anuncis, comunicats, pòsters, fulletons, etc., és a dir, utilitzant els canals habituals de comunicació de qualsevol campanya publicitària.

I la de caràcter individual, com el seu nom diu, va adreçada a la persona, a l'usuari, al ciutadà. El missatge es transmet mitjançant comunicació directa entre dues persones.

Les dues tenen avantatges i inconvenients. La general, pretén arribar a un nombre més elevat de persones, normalment és més econòmica, i la durada en temps, sol ésser més limitada. En canvi la individual, arriba a un nombre més reduït de persones, és molt més intensa, molt més cara al necessitar més recursos, i en funció de l'abast es perllonga en el temps.

No cal dir que la més efectiva és la que va adreçada a la persona, ja que les explicacions són directes, i la comunicació que s'estableix és bidireccional, pel que la persona informada pot interaccionar en el mateix moment, per resoldre dubtes.

Tot i així, ambdues son necessàries i fins i tot diria que complementàries.

Un exemple típic d'educació de caràcter general el constitueixen les campanyes publicitàries. Entre algunes de les campanyes més properes que es poden recordar en el nostre entorn⁵ són:

Medicaments genèrics un compromís de tothom. Promocionada per CatSalut. El missatge era: “Les EFG tenen la mateixa qualitat que els seus equivalents amb marca comercial. Són segurs i eficaços. Representen un estalvi important, per això si utilitzem EFG tots hi podem guanyar”.

Medicaments que no curen: Promocionada per Medicus Mundi – Farmacèutics Mundi - Campanya per sensibilitzar i transmetre a la població catalana que cooperar no és donar el que ens sobra. S'informa sobre la problemàtica de les donacions inadequades de medicaments als països empobrits i la seva relació amb l'ús racional del medicament. Informar per educar.

Antibiòtics sí, però com cal. Promocionada per CatSalut. Campanya dirigida a racionalitzar l'ús dels antibiòtics i evitar-ne l'automedicació.

Medicaments 360º. M'agrada saber el que prenc. És una campanya d'educació sanitària per millorar els coneixements i la

coresponsabilització de la població en la utilització dels medicaments. Consta de 13 píndoles independents (vídeos), cadascuna amb una temàtica específica i sempre en relació amb els medicaments. Tenen una durada de 1 a 3 minuts. S'emmarca en el Pla de Salut de Catalunya 2011 – 2015³, instrument estratègic del Departament de Salut, que preveu millorar l'educació sanitària i l'autoresponsabilització dels pacients i dels cuidadors amb la seva salut.

Un exemple més el tenim en el "El programa Parla!" pretén ajudar als pacients a mantenir-se informats, per tal de convertir-se en agents actius durant la seva atenció mèdica i aprendre a gestionar la seva pròpia salut. Programa endegat per la Joint Comission, adaptat i promocióat per CatSalut en el que s'exposa quina es la responsabilitat dels diferents actors en el procés d'ús del medicament, en el que s'inclou el pacient.

Els metges cal que s'assegurin que els medicaments que pren el pacient són adients per a les seves característiques i necessitats.

Els farmacèutics cal que revisin els tractaments i comprovin si hi ha canvis, i si hi ha possibilitats que es produeixin interaccions entre medicaments o amb certes begudes o aliments.

Els infermers i altre personal d'infermeria són els encarregats de preparar i administrar els medicaments al pacient.

El pacient cal que faciliti un llistat amb els medicaments que pren, incloent-hi els que són sense recepta (des d'aspirines, a vitamines o complements alimentaris)

I altres, que segons el caràcter i/o importància del missatge i/o àmbit d'actuació utilitzen els mitjans tradicionals de comunicació com: ràdio, televisió, diaris, etc. Com aquell on es veia a un botiguer en un mercat que deia: "Uso racional del medicamento. No recomiendes medicamentos. Tu no eres médico", de cara a evitar l'automedicació entre la població. O aquella sobre l'ús de drogues: "Hay trenes que es mejor no coger", orientada a la prevenció del consum drogues.

Altres recursos que tenim avui en dia a l'abast, son l'accés a les noves tecnologies de la informació, com: Internet, xarxes socials, blogs, etc.,

amb infinites possibilitats de cercar informació de qualsevol aspecte relacionat amb el medicament. Com en totes les altres informacions que es poden trobar a Internet, caldrà educar als ciutadans per saber interpretar i diferenciar la veracitat i/o fiabilitat de la informació.

Les noves generacions han pujat amb aquesta tecnologia i per aquest motiu s'ha de considerar i tenir molt present, com a plataforma educativa actual.

Dins de les pàgines web del Col·legi Oficial de Farmacèutics⁶, el Canal Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya⁷, o en el del propi Ministerio de Sanidad y Consumo⁸, o en la pàgina del Hospital Clínic en la secció, Fòrum Clínic⁹, entre altres, que són oficials i representen organismes, entitats o Hospitals¹⁰, si pot trobar àmplia informació seriosa i contrastada sobre malalties, medicaments, articles d'opinió, consells de salut, mesures de caràcter preventiu. Habitualment utilitzen un llenguatge entenedor per la població i sens dubte, poden constituir un element d'ajuda a algun segment de la societat.

Sens dubte, és un dels camps amb més futur, i en que cal dedicar-hi una especial atenció, procuraran tenir imaginació i molta visió, amb l'objecte d'oferir noves i innovadores alternatives d'informació, atractives i orientades als ciutadans en el bon ús del medicament.

Les associacions de malalts són un bon exemple a seguir, ja que han avançat molt en l'ús d'aquestes tecnologies donant àmplia i actualitzada informació i suport als seus associats o afiliats. No cal dir que la majoria de vegades s'avancen a les oficials.

Una altra de les activitats educatives són les xerrades a grups determinats de pacients. Encara que és un tipus d'educació de caràcter general, té la peculiaritat d'anar dirigit i orientat a un aspecte molt concret d'alguna patologia, temàtica o col·lectiu. Com per exemple, malalts trasplantats, diabètics, gent gran, casals d'avis, etc.

Recentment, s'ha incorporat la figura del pacient expert, com a malalt que dóna suport a altres malalts de la mateixa condició. Això ha representat un gran avanç en el procés terapèutic d'alguns malalts crònics, que ja es recull en el Pla de Salut³.

També hi ha algunes experiències d'activitats educatives en escoles. Un molt bon lloc per començar a transmetre el concepte del bon ús del medicament, i que s'hauria d'aprofitar una mica més. Aquí voldria recordar l'experiència d'èxit del Dr. Valentí Fuster, des de la Fundació SHE per educar i promoure la salut mitjançant els estils saludables de vida. Programa que s'ha aplicat en les escoles, amb nens de 3 a 6 anys, una edat ideal per aprendre i consolidar conceptes, i que està donant molt bons resultats¹¹. Cal tenir-ho en compte, per treballar alguna iniciativa al respecte. Repeteixo, no la desaprofitem, és una aposta segura.

En el nostre entorn, i dins el programa SIGRE de reciclatge de medicaments i els seus envasos, hi podem trobar jocs com el de "Sigrelandia", que intenta educar als nens en la recollida selectiva i reciclatge dels medicaments caducats o que ja no tenen ús¹².

L'Educació de caràcter individual, la podem diferenciar en oral i escrita. L'oral és més directa, i a través de l'entrevista clínica es poden reforçar els aspectes més rellevants per la salut de l'individu. El fet d'interaccionar directament amb el ciutadà, és una oportunitat única d'esbrinar el nivell de coneixements que va assolint al llarg de la conversa, i fins a quin grau se'n pot beneficiar. Es en aquest sentit que cal dominar certes tècniques de comunicació per afavorir la fluïdesa i rendiment de l'entrevista.

Una eina de recolzament i complementària a la informació oral és l'escrita. En el nostre entorn vàrem desenvolupar, ara fa uns 25 anys, un sistema d'informació anomenat infowin®, que facilita la comprensió del malalt envers el tractament¹³. No és més que un full informatiu que representa de forma gràfica els medicaments, les dosis, i el moment del dia en què ha de prendre cada medicament.

El medicament es representa mitjançant una caràtula (fotografia de la caixa del medicament) facilitant així la identificació de l'especialitat farmacèutica, i la dosis, amb un dibuix de la forma farmacèutica, (ex. càpsula, o comprimit), que s'incorpora en una plantilla que representa els diferents moments del dia, des de la matinada fins a l'hora d'anar a dormir.

Tot aquest planell de medicació va acompanyat d'un full complementari d'informació bàsica del medicament. Per què serveix, quines consideracions ha de tenir en compte el malalt quan pren aquest medicament, i quins efectes adversos poden aparèixer i com evitar-los.

Tot plegat té diferents objectius: informar, educar i orientar al malalt per com prendre els seus medicaments.

La lògica, o millor dit, el sentit comú ens diu que si un malalt coneix i sap perquè serveixen els seus medicaments, és més fàcil que se'ls prengui de forma adequada.

El actual Pla de medicació, que facilita la recepta electrònica del CatSalut, voldria aproximar-se a les prestacions que ofereix aquest full, encara que li cal millorar sensiblement.

Tot i així, i amb l'aplicació de la nova normativa de prescripció i dispensació per principi actiu, cal buscar una alternativa pel malalt. No pot ésser que podent-se beneficiar d'aquest full de tractament personalitat, es deixi perdre. Aquí entra un altre cop la imaginació i les ganes d'avançar. En algunes situacions, l'únic que coneix exactament quina especialitat es dispensa al malalt es el farmacèutic d'Oficina, per tant, seria un dels llocs idonis per oferir el full revisat i actualitzat.

El full té sentit si el malalt hi veu reflectit tot el seu tractament complet. Si només hi consta una part, pot succeir que en lloc d'ajudar, el confongui. Em refereixo als malalts que per motius diversos van amb diferents metges i disposen de varies receptes, o els malalts que ingressen a un centre hospitalari, i no es té en compte la globalitat del tractament. És a dir, la medicació que pren a casa, la que pren a l'hospital, i la que s'haurà de prendre quan deixi l'hospital. El que es denomina "conciliació" de tractament entre àmbits i sobre el qual èn parlant molt, principalment les agències de seguretat, institucions o altres organismes de salut¹⁴. És tant rellevant, que en aquest sentit s'ha manifestat com a un dels principals problemes de seguretat en l'ús de medicaments pendent de resoldre. El nostre Pla de Salut així ho contempla³.

És una alternativa que cal pensar entre tots. Qui sap si pot ésser un motiu més de participació i/o seguiment dels Farmacèutics d'Oficina, en el pla terapèutic del malalt, i del qual se'n parlarà més endavant.

El Pla de Salut presentat recentment pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, fa especial esmena a la corresponsabilitat del malalt envers al procés d'autocura. És a dir, a participar activament en el

procés terapèutic i fer-se responsable de seguir i complir amb totes les prescripcions de tractament farmacològic, cures i hàbits de salut recomanats pel metge, infermer i perquè no, farmacèutic. Si el pacient està ben informat i format, de ben segur que serà tot més fàcil i el resultat en salut serà beneficiós, a la vegada que més eficient.

Cal recordar sempre, segons el comentari inicial, que l'educació variarà considerablement en funció del país i existència i/o situació de la política sanitària, entorn, nivell cultural i creences. Es per això que abans d'endegar un pla educatiu es consideraran sempre aquest factors. Un pla educatiu que funcioni en un país pot fracassar en un altre. És totalment necessari fer participar organismes i grups locals en el disseny i contingut del pla educatiu.

L'OMS fa molts anys que treballa en aquest camp i disposa d'un ampli recull de material gràfic i escrit en diferents llengües per a diferents àmbits d'arreu del món. Llibres, fulletons, articles, presentacions, pòsters, la majoria en format electrònic que es poden descarregar de la seva pàgina web d'Internet. Realment, l'OMS, constitueix un referent que cal seguir¹⁵.

Davant d'aquest escenari ple d'opcions, els farmacèutics, com a col·lectiu que treballa habitualment en xarxa i aprofitant que estem molt a prop de la població, tenim la gran oportunitat d'interactuar i ser promotors d'aquestes iniciatives tan engrescadores, que en el fons, van adreçades al sentit més profund de la nostra professió, millorar la salut dels ciutadans. El futur és a les nostres mans.

Avancem-nos, actuem abans a que la població emmalalteixi. Si volem inculcar un estil saludable de vida i donar directrius clares en l'ús dels medicaments, s'ha d'anar a l'origen, a la prevenció, als nens, a les escoles. Els mestres poden ser uns bons aliats. Perquè no ho provem?

En resum, educar i formar, és una acció per millorar el compliment del pacient envers el tractament.

A continuació parlaré sobre el compliment terapèutic. En aquest sentit voldria manifestar que molts dels exemples que s'exposen estan referits al tractament contra la infecció del virus de la immunodeficiència humana (VIH), ja que és el tema que més hem treballat a la Farmàcia de

l'Hospital Clínic¹⁶⁻¹⁷, però sens dubte les idees i conceptes, es poden, com també veurem, extrapolar a moltes altres situacions i/o malalties.

Compliment terapèutic

Les primeres experiències sobre aquest tema es remunten a la dècada dels anys seixanta, amb la realització d'estudis del comportament dels pacients enfront al tractament medicamentós (concepte denominat "compliment"). La majoria dels estudis s'orientaven al seguiment de malalts hipertensos, diabètics, malalties pulmonars, etc. és a dir, malalties de caràcter crònic en què la presa de la medicació és fonamental per aconseguir una bona resposta i/o millora de la situació clínica¹⁸⁻²⁰.

En els anys posteriors, les experiències d'aquest tipus van anar-se repetint, però no es van observar canvis substancials fins a finals dels anys vuitanta. A partir de llavors, el concepte de compliment assoliria una importància considerable, i fins i tot rellevant, arribant al punt que en alguns casos la informació i seguiment del compliment, s'incorporarien com una etapa, o mes ben dit, paràmetre, del procés assistencial del pacient.

Aquest canvi d'orientació va ésser conseqüència de diversos factors convergents, que varen precipitar un interès especial cap aquest tema:

D'una banda, per l'augment de les expectatives de vida de la nostra població, la qual cosa té com a conseqüència que la major part de consumidors de recursos sanitaris siguin persones majors de 70 anys. Això ja condiciona enormement el tipus d'atenció sanitària que s'ha d'oferir als ciutadans, i obliga a les institucions sanitàries i centres d'atenció, a adequar les seves estructures i revisar les diferents pautes d'actuació en cadascuna de les prestacions, en el que s'inclouen els aspectes relacionats amb la utilització i el consum de medicaments³.

D'altra banda, ens trobem amb l'aparició de noves malalties, com és el cas de la sida o millor dit la infecció per el virus de la immunodeficiència humana, en què el compliment del tractament ha condicionat per complert l'evolució de la malaltia. Diversos autors han demostrat que si el pacient seropositiu no pren correctament, almenys el

90% de la medicació, disminueix considerablement l'efecte terapèutic del tractament i augmenta el risc d'aparició de resistències, entre d'altres²¹. Aquest fet fonamental implica la necessitat d'una intervenció intensiva per part de tots els professionals de la salut participants en l'atenció sanitària d'aquests pacients²².

En cas contrari, es corre el risc de no aconseguir resultats òptims i de desapropiar els elevats recursos econòmics dedicats al tractament d'aquesta malaltia. Aquestes evidències han fet que metges, farmacèutics i infermers treballin conjuntament i s'impliquin en programes comuns d'educació sanitària, dirigits principalment a aconseguir que els pacients infectats pel VIH prenguin correctament la medicació antiretroviral prescrita²³.

El mateix succeeix amb l'hepatitis, la tuberculosi, i moltes altres malalties de caràcter crònic, com la diabetis, la insuficiència cardíaca, la malaltia obstructiva pulmonar crònica, etc. tot i que l'efecte mediàtic no ha estat el mateix, l'efecte indirecte de les accions sobre els malalts amb tractament contra el VIH, té una repercussió positiva sobre aquestes altres malalties, i per tant, s'ha d'aprofitar l'experiència.

L'últim factor no menys important que cal tenir en compte, és la situació actual de benestar que s'està gaudint en la nostra societat. Encara que des d'alguns organismes es plantegen situacions de restricció, la veritat és que per la majoria, els fàrmacs són cada dia més accessibles, la informació és abundant, i alhora fàcilment disponible, del que es dedueix que hem d'aprofitar aquest bé i fer-ne bon ús.

Actualment, els termes "adherència" i "compliment" s'utilitzen amb freqüència, de forma indiferent. Al principi, només s'emprava el terme "compliment" per definir la correcta presa dels medicaments. No obstant, alguns autors prefereixen el terme "adherència", considerant que defineix una actitud del pacient, reflecteix un compromís pel que fa a la medicació prescrita pel metge, amb una participació més activa en l'elecció i el manteniment del règim terapèutic. És a dir, el malalt accepta i es compromet a seguir el tractament consensuat i indicat pel metge²⁴.

El compliment o l'adherència incorrecta inclouen aspectes com l'omissió de preses, reducció de la dosi prescrita, no respectar els intervals o

freqüències d'administració correctes, no ajustar-se als requeriments d'administració en relació amb els àpats o altres circumstàncies.

Les taxes de compliment descrites en malalties cròniques, com: cardiovasculars, aparell respiratori, diabetis, salut mental, i altres, varien del 0 al 90%, situant-se la mitjana en el 50%. És a dir, una de cada dues persones pren malament la medicació. En alguns estudis es considera acceptable un compliment amb més del 80% de la medicació prescrita, i així, en els primers estudis sobre adherència en pacients amb infecció pel VIH tractats amb zidovudina, es van seguir els mateixos criteris. No obstant això, en l'etapa del tractament amb inhibidors de la proteasa, en relacionar grau d'adherència amb efectivitat del tractament s'evidencia que breus períodes de baix compliment o descans en la medicació s'associen amb augments de la virèmia, i que només una adherència amb més del 90% de les dosis prescrites, respectant els intervals entre dosis i la relació amb els menjars, obtenia resultats satisfactoris²⁵⁻²⁷.

Tant en aquest com en d'altres tractaments, el grau de compliment necessari per obtenir el màxim benefici dependrà de la farmacocinètica i farmacodinàmia de cadascun dels fàrmacs emprats, i d'altres factors relacionats amb la malaltia i el pacient. Els fàrmacs de vida mitja més llarga permeten intervals de dosificació més espaiats i tenen major "període de tolerància", el qual s'obté de restar el temps d'acció del fàrmac de l'interval de dosificació del mateix.

El tractament de la infecció pel VIH presenta tots els factors que dificulten l'adherència: més d'un fàrmac, més d'una presa al dia, presència d'efectes adversos i tractaments prolongats, per la qual cosa, assolir l'objectiu d'un compliment òptim representa un autèntic desafiament per al pacient i per al personal sanitari. En estudis realitzats a Espanya²⁶⁻²⁸, el percentatge de pacients que presentaven una adherència correcta al tractament antiretroviral de gran activitat, variava del 56 al 83%. Per sort, avui en dia la situació va canviant substancialment a l'aparèixer nous fàrmacs i noves presentacions de certes especialitats farmacèutiques, que agrupen diferents principis actius en una sola forma farmacèutica i ajuden en aquest sentit a assolir xifres d'adherència més altes que les de 10 anys enrere.

La importància d'aconseguir un compliment òptim prové, principalment, de les greus conseqüències que poden aparèixer per falta d'aquest, tant en

relació amb l'eficàcia, com a la possibilitat de facilitar el desenvolupament de resistències²⁹. Aquest aspecte, important des del punt de vista individual, adquireix una transcendència extraordinària a nivell col·lectiu, ja que la transmissió de soques multiresistents a la comunitat pot minimitzar els grans avenços assolits amb el tractament antiretroviral de gran activitat. El mateix succeeix en el tractament de la tuberculosi i alguns tractaments amb antiinfecciosos.

En una societat com la nostra on els recursos són limitats i en què s'apliquen mesures de retallada a la població en general, es fa necessari establir programes que garanteixin l'ús correcte dels mateixos. En conseqüència, els recursos que s'utilitzin en el finançament de programes de suport orientats a augmentar el compliment, seran francament irrisoris comparats amb els que es malbaraten com a conseqüència de la baixa adherència.

Factors que influeixen en l'adherència

Els factors associats a l'adherència poden atribuir-se a: l'individu, a la malaltia, al fàrmac o millor dit al tractament i/o a l'equip assistencial. Encara que la font estigui referida al malalt amb infecció per VIH, els podríem extrapolar a la resta de malalts amb malaltia crònica o inclús a la resta de tractaments³⁰.

1. Individu

Les característiques demogràfiques (edat, sexe, origen, estudis, ocupació, altres...), així com el nivell cultural i la situació econòmica estable, no són factors predictius del nivell d'adherència d'un individu. No obstant, s'ha observat que els pacients de més edat presenten millor adherència al tractament, a excepció dels pacients majors de 75 anys en què per la comorbiditat i augment del nombre de medicaments, empitjoren el compliment.

El disposar de domicili fixe i suport social amb família estructurada o amics és un factor que facilita l'adherència. Això fa pensar que en indigents, marginats i usuaris de drogues, la situació és extraordinàriament complexa. Per aconseguir una millora en l'acceptació

i el compliment en aquests pacients cal una aproximació multifactorial i multidisciplinària.

Els factors de caràcter psicològic també influeixen en el compliment. L'ansietat, la depressió i fins i tot l'esquizofrènia empitjoren l'adherència³¹. L'alcoholisme s'ha identificat com a un factor relacionat amb el mal compliment.

No cal dir que la situació de malalts amb pèrdua cognitiva i/o capacitat en autogestionar-se la medicació, són també elements determinants.

Les actituds i creences dels pacients respecte a la medicació, la malaltia i l'equip assistencial són factors indiscutibles a l'hora d'acceptar el tractament proposat i realitzar-lo de forma correcta. La percepció de benefici potencial és fonamental en malalties cròniques i de curs asimptomàtic.

En definitiva, l'adherència del malalt al tractament constitueix una conducta complexa individual en la qual intervenen nombrosos factors³².

2. Malaltia

La infecció pel VIH, així com d'altres malalties de caràcter crònic, poden cursar de forma asimptomàtica o simptomàtica i l'acceptació i adherència al tractament poden ser diferents en cadascuna d'aquestes fases. El conegut mal pronòstic que presenta la malaltia en absència de tractament, pot ser d'ajuda per comprendre la necessitat de prendre correctament la medicació, encara que aquest tractament sigui complex i/o presenti efectes adversos³³.

Les percepcions del personal sanitari i dels pacients davant d'una entitat en què els coneixements estan en permanent canvi són importants. Així, per exemple en els anys 90, al inici de la monoteràpia amb zidovudina, les expectatives dels pacients amb infecció per VIH eren altes i la majoria d'estudis reflectien un grau d'adherència del voltant del 60-80%. Passats 2-3 anys, el grau d'acceptació i d'adherència va baixar de forma considerable al 40-60%, a causa dels continus fracassos del tractament antiretroviral, amb altres paraules el medicament no curava la malaltia,

de manera que les expectatives dels pacients van baixar considerablement i molts d'ells varen deixar de prendre el medicament.

3.Règim terapèutic. Medicament - Tractament

En nombrosos estudis s'ha demostrat que l'adherència a un tractament disminueix quan augmenten el nombre de fàrmacs, la freqüència d'administració, la complexitat, amb l'aparició d'efectes adversos i quan el tractament és prolongat en el temps³⁴⁻³⁷.

Mes de 4 fàrmacs, i/o més de dues tomes al dia, són aspectes rellevants a considerar.

La interferència amb els hàbits, bé en l'horari de treball o en certs moments en el context de la vida social del pacient, motiva que alguns d'ells deixin de prendre la medicació o que ho facin en un horari incorrecte.

4.Equip assistencial

La relació que s'estableix entre l'equip assistencial i el pacient és molt important. La confiança, continuïtat, accessibilitat, flexibilitat i confidencialitat són factors que influeixen favorablement³⁸⁻³⁹.

Determinats tipus d'organització de l'assistència en què la relació metge - pacient queda diluïda en un equip assistencial impersonal sense referents clars per al pacient, poden dificultar l'adherència. El pacient prefereix tenir un metge de referència que conegui el seu historial i s'evitin aquelles preguntes repetitives de cada nou professional, sobre el cas.

Probablement, els factors més importants són el subministrament d'una informació detallada, i la presa conjunta de decisions en un marc de confiança mutu, de forma que el malalt accepti i es comprometi a seguir el tractament.

El disposar de personal especialment motivat, amb experiència i coneixements específics, és imprescindible per aconseguir un nivell òptim de qualitat assistencial.

L'equip assistencial, donada la complexitat d'algunes malalties, ha de ser preferentment multidisciplinari, és a dir, s'han d'integrar les tasques del metge, l'infermer, el farmacèutic, l'assistenta social, i el psicòleg, si s'escau.

El conèixer tot aquest recull de factors farà que la nostra actuació sigui, sens dubte, més eficient.

Sistemes per a l'avaluació de l'adherència

Per valorar l'adherència dels pacients al tractament, hi ha diversos sistemes o mètodes. No obstant això, atès que cap dels mètodes existents presenta una fiabilitat del 100%, es fa necessari combinar un parell d'ells per obtenir dades de la situació real amb la major exactitud possible⁴⁰.

La mesura del compliment ha de reflectir la presa de la medicació tant en unitats galèniques com en temps, a més de mesurar la consecució dels objectius terapèutics plantejats (per exemple: virèmia no detectable, tensió arterial correcta, xifres de colesterol acceptables; xifres de glucosa en sang acceptables, eradicació del mycobacterium en la tuberculosi, etc.). El compliment hauria d'expressar-se com taxa d'adherència global, i si és possible mesurar-lo per a cada un dels medicaments del règim terapèutic. És útil expressar aquesta taxa d'alguna de les tres formes següents: com a percentatge de dosis preses, com a percentatge de dies amb el nombre correcte de dosis, o com a percentatge de dosis preses a temps.

La quantificació del compliment és molt important. Pot expressar-se com variable contínua o dicotòmica i l'elecció del tipus de mesura depèn de diversos factors. D'una banda, de la fiabilitat del resultat de mesura i, de l'altra, de la relació dosi/resposta. Si bé la validesa, sensibilitat, especificitat o representativitat d'aquests mètodes de mesura no és ideal, sembla provat que el punt de tall dependrà de la malaltia, en el cas del VIH sembla que el "90%" es correlaciona de forma significativa amb la resposta virològica. Doncs sembla lògic establir aquest límit com a valor que permeti classificar a un pacient com a complidor (> 90%) o

complidor parcial (<90%). En la resta de malalties cròniques sembla que la xifra del 80% és més acceptada.

Entre els mètodes per a la valoració de l'adherència es troben els directes i els indirectes.

1. Mètodes directes

Consisteixen en la determinació dels nivells de fàrmac presents en líquids orgànics com plasma, saliva o orina. Encara que és un dels mètodes més fiables, té l'inconvenient de la variabilitat interindividual en el comportament farmacocinètic d'alguns fàrmacs, així com la possibilitat de concentracions plasmàtiques alterades per l'aparició d'interaccions medicamentoses. D'altra banda, el fet de trobar nivells correctes de fàrmac en plasma el dia de l'extracció de la mostra no garanteix que el compliment sigui continu. El mètode resulta car i no és fàcil d'aplicar rutinàriament. Com a anècdota: En aquest sentit es pot donar l'efecte conegut com "rentat de dents", el que et rentis les dents abans d'anar al dentista, no significa que te les rentis cada dia. El mateix passa amb els medicaments, el que et prenguis el medicament el dia abans d'anar al metge no vol dir que te'l prenguis cada dia.

2. Mètodes indirectes

Són mètodes menys fiables ja que la valoració final es veu influenciada per diverses variables, però tenen l'avantatge d'aplicar-se de forma fàcil i senzilla en la pràctica diària.

Alguns d'aquests mètodes són:

Entrevista amb el pacient, basant-se en preguntes simples i en un marc de mútua confiança que provoqui el referir de la manera més sincera i precisa la forma en què s'ha pres la medicació (indicant la freqüència, els errors o omissions i els motius). Per aplicar aquest mètode cal disposar de certes habilitats en les tècniques de comunicació. És un mètode subjectiu, amb valor predictiu positiu quan el pacient refereix incompliment.

Qüestionari estructurat⁴². Consisteix en demanar al pacient que ompli un qüestionari sobre adherència. En aquest cas és el pacient el que aporta la

informació, que és subjectiva, però d'altra banda, les dades obtingudes es poden processar de manera més quantitativa que en l'entrevista. Actualment, per exemple en el cas del VIH, hi han alguns qüestionaris validats: SMAQ, SERAD, Escala analògica visual, etc.

Assistència a les cites programades de dispensació. És un mètode predictiu de compliment, encara que amb excepcions. El fet que un pacient acudeixi puntualment a la visita mèdica i a les cites de dispensació al Servei de Farmàcia (SF), fa pensar en una persona amb una bona adherència. D'altra banda, el no anar quan correspon a recollir la medicació és indicatiu de mal compliment. No obstant això, com a excepció, cal tenir en consideració a aquells pacients que, puntualment, obtenen el subministrament des d'un altre punt de dispensació, farmàcia d'hospital, oficina de farmàcia, centre sanitari o que comparteixen la medicació amb algun altre membre de la família.

Recompte de la medicació sobrant. Consisteix en comptar el nombre d'unitats de medicament que queden a l'envàs de l'especialitat farmacèutica que el pacient està prenent. Si es coneix la data d'inici del tractament, per diferència, es pot calcular el nombre d'unitats teòriques preses. Aquest mètode presenta l'inconvenient que si el pacient sap que es realitzarà el recompte podria manipular el contingut de l'envàs. Un sistema seria realitzar el recompte per sorpresa en el propi domicili del pacient.

$$\% \text{ Compliment} = \frac{\text{Unitats dispensades} - \text{Unitats sobrants}}{\text{Unitats teòriques preses}} \times 100$$

Hi ha una altra modalitat molt senzilla i fàcil d'aplicar que consisteix a lliurar al pacient un diari perquè registri les preses de medicaments o bé realitzi, abans de cada dispensació, el recompte de la medicació sobrant. Aquest mètode a més de descarregar a la farmàcia de la tasca del recompte, pot actuar com a element de suport en la millora de l'adherència.⁴³

Monitorització electrònica. És un mètode més sofisticat. Consisteix en utilitzar els dispositius MEMS®, que a través d'un sistema de tapa electrònica registren la data i hora d'obertura del flascó, amb la qual cosa

es pot conèixer la freqüència amb què el pacient pren la medicació i si es produeixen omissions de dosi. No obstant això, no permet més que una inferència atès que indica l'obertura de l'envàs, però no indica si en aquest instant el pacient es pren la medicació o si les dosis són correctes. Altres inconvenients com la mida, que fa que alguns pacients no vulguin portar-ho, o el preu, fan que es reservi per a assajos clínics o estudis de recerca⁴⁴.

Evolució clínica i dades analítiques. Determinades dades clíniques i/o de laboratori poden fer sospitar d'un mal compliment amb el tractament. Com també en aquells que s'observi progressió clínica, virològica o immunològica en el cas del VIH o Hepatitis C, però sempre tenint en compte que l'adherència no és l'únic factor que pot intervenir en el fracàs del tractament.

Per últim, la percepció del metge. En alguns estudis publicats en aquest sentit, el metge tendeix a sobreestimar el compliment, pel que no és un bon indicador.

Estratègies per millorar l'adherència al tractament.

La detecció d'una mala adherència terapèutica ajudarà a prevenir canvis innecessaris de tractament. És bàsic poder distingir entre mal compliment o la manca de resposta intrínseca als medicaments. Les estratègies d'intervenció es poden resumir en tres tipus. El primer implica l'acceptació, per part del professional de la salut, de l'existència i importància de l'incompliment terapèutic. El segon tipus d'estratègia ha d'anar dirigit al pacient i es centra en la comunicació i el suport psicosocial. El tercer es centra en l'educació i motivació del propi equip de salut.

Cada centre o punt d'atenció assistencial s'ha d'adaptar a la seva realitat, segons el nombre de pacients que atén, recursos de personal i serveis de suport. En principi, l'equip assistencial consta de tres nuclis bàsics: el metge que realitza la prescripció, el farmacèutic que realitza la dispensació dels fàrmacs, i el suport a l'atenció del pacient, format per infermeria i, en els centres en què sigui possible, psicòlegs i psiquiatres o assistents socials⁴⁵⁻⁴⁶.

Paper del Farmacèutic.

Exemple del seguiment de malalts infectats pel VIH amb tractament antirretroviral²³

Després de la prescripció i a través de la dispensació, el farmacèutic pot actuar sobre els pacients i desenvolupar totes les activitats englobades dins del concepte "d'Atenció Farmacèutica". La finalitat és la de facilitar suport i ajuda en totes les qüestions relacionades amb la farmacoteràpia dels pacients atesos.

Procés d'Atenció Farmacèutica

En aquesta secció es descriuen les quatre etapes que contempla el procés d'Atenció Farmacèutica" orientada als pacients infectats pel VIH i que són atesos, amb caràcter ambulatori, a la Unitat de Farmàcia Ambulatoria (UFA) de l'Hospital.

Etapa – Presentació

En aquesta primera etapa i coincidint amb la primera visita, el farmacèutic, a més de presentar-se al pacient, li indicarà el procediment a seguir en el futur per a la dispensació de medicaments. Així mateix, insistirà sobre els beneficis que representa el disposar aquest servei d'atenció farmacèutica i sobre la rellevància d'adherir-se a la teràpia prescrita pel metge. L'objectiu primordial d'aquesta primera etapa és que el pacient identifiqui el farmacèutic com a un professional del medicament que li ofereix comprensió i ajuda en els temes relacionats amb la seva malaltia i, sobretot, amb el factor clau de la mateixa, que és la farmacoteràpia.

El farmacèutic que atengui als pacients ha de tenir facilitat d'expressió i comunicació, ser accessible, transmetre confiança i seguretat, així com mantenir una constant actualització sobre la farmacoteràpia d'aquests pacients. Per tal d'establir aquesta relació de confiança farmacèutic - pacient, és convenient que, en les successives visites al SF, sigui el mateix equip de persones les que atenguin sempre a un determinat pacient.

Etapa – Prospecció

El farmacèutic, a través d'una simple conversa, ha de tenir l'habilitat suficient per esbrinar el nivell de coneixements que el pacient té sobre la seva malaltia i concretament sobre el seu tractament. Per a això, se li formularan preguntes que responguin a aquests termes: coneixement de la malaltia, indicació i motiu del tractament, coneixement del règim terapèutic incloent nom dels fàrmacs, dosis (en unitats de medicació), freqüència i consideracions d'administració, condicions especials de conservació (si escau), precaucions i efectes adversos.

Així mateix, cal conèixer l'estil de vida del pacient, horaris i activitats quotidianes, per poder, posteriorment, establir un esquema individualitzat d'administració de fàrmacs.

A partir de la segona visita, a més d'esbrinar igualment les dades anteriors, el farmacèutic haurà de fer un càlcul estimat de l'adherència del pacient al tractament antirretroviral. Com s'ha esmentat amb anterioritat, és difícil establir un sol sistema o mètode que determini amb fiabilitat el grau d'adherència, per la qual cosa s'aconsella combinar diversos d'ells. Es proposen els següents:

- Entrevista amb el pacient
- Comprovació de l'assistència a les dispensacions / visites programades.
- Recompte medicació sobrant
- Evolució de la càrrega viral

El primer sistema que es proposa és l'entrevista amb el pacient. Durant l'atenció farmacèutica, es pot realitzar un qüestionari validat, aplicant-lo a manera de conversa a base de preguntes indirectes, que ens donarà una orientació aproximada del grau de compliment referit pel propi pacient.

Un altre sistema de fàcil aplicació, és el registre de les visites que realitzen els pacients al SF per recollir la medicació. Segons els càlculs d'aprovisionament d'aquesta medicació, podem saber amb seguretat el termini de temps que el pacient té garantit el subministrament. Sempre que es sobrepassi el termini de temps, s'ha de sospitar d'incompliment (exceptuant determinades situacions, anteriorment esmentades).

Per poder dur a terme el tercer mètode cal indicar al pacient que torni sempre els envasos, tant buits com parcialment plens, de cada un dels

medicaments dispensats. Aquest sistema facilitarà, a través del recompte, el càlcul de l'adherència. El procediment s'ha de fer amb la màxima discreció possible. Si els recursos de l'SF no permeten aquest procediment, pot sol·licitar la col·laboració del pacient i que sigui el mateix qui anoti les unitats sobrants en un diari o full de registres. Finalment i a títol d'orientació, es pot observar l'evolució de la càrrega viral. Encara que tampoc es pot considerar un sistema exacte, sí que pot indicar-nos, com s'ha comentat anteriorment, la manca d'adherència o el que és més important, el fracàs de la teràpia antirretroviral. La informació obtinguda amb la combinació de tots aquests mètodes tindrà més validesa i exactitud que la que pugui proporcionar cada un d'ells per separat.

És important obtenir les dades d'adherència per medicament, ja que si per qualsevol raó hi ha un medicament que tingui una xifra baixa de compliment, aquesta pot reduir la mitjana de la taxa de compliment global i obtenir una imatge errònia de l'actitud del pacient cap al tractament. També és necessari registrar el grau d'adherència en cada període de dispensació, ja que aquest sol variar en el transcurs del temps.

En qualsevol cas, totes les mesures de suport que s'apliquin per millorar l'adherència seran beneficioses per al pacient, ja que la supervisió de per si, ajuda a augmentar l'adherència

Etapa - Informació

Aquesta és una fase molt important dins el procés d'Atenció Farmacèutica. En ella, el farmacèutic ha de transmetre al pacient els coneixements suficients per aconseguir una correcta utilització dels medicaments i, per tant, obtenir el màxim benefici, optimitzant així, l'efecte de la teràpia antiretroviral. Per a això, pot ser de gran ajuda utilitzar programes informàtics i altres eines de suport que facilitin aquesta tasca. S'ha de combinar la informació oral amb l'escripta, per tal que el pacient pugui llegir tranquil·lament en el seu domicili qualsevol aspecte relacionat amb el tractament, assentant els conceptes adquirits durant l'entrevista. La informació proporcionada ha de ser fàcilment comprensible, utilitzant sempre un llenguatge senzill i assequible i incorporant, en la mesura possible, imatges gràfiques en el disseny dels fulletons.

Per aconseguir més implicació, és convenient elaborar conjuntament

amb el pacient el full individualitzat del tractament farmacològic. Aquest full es pot obtenir a través de sistemes informatitzats o a partir de material imprès prèviament disponible i, en ell, s'ha de fer constar la informació necessària sobre el tractament i la planificació del mateix segons les necessitats i hàbits particulars del pacient.

La informació bàsica que hauria de contenir el fullet informatiu seria: nom del fàrmac (preferentment el comercial), dosi (expressada en forma farmacèutica), freqüència (indicant si ha de associar-se o no amb els àpats), acció del medicament, consideracions i consells sobre l'administració, interaccions i efectes adversos més importants o aquells que tinguin més probabilitat d'aparèixer.

El llenguatge que s'ha d'utilitzar durant la visita ha de ser l'apropiat segons les característiques de cada pacient, intentant no utilitzar tecnicismes que facin incomprensibles les explicacions i, finalment, animant i ressaltant una vegada més el paper de l'adherència com a determinant de l'èxit de la teràpia i, en conseqüència, de l'evolució de la malaltia. Aquest és un procés de retroalimentació contínua.

Etapa - Dispensació

La medicació s'ha de dispensar per períodes no superiors a dos mesos (preferiblement entre 1-2 mesos) coincidint, si és possible, amb la visita mèdica, per tal de procurar al pacient el mínim nombre de desplaçaments a l'hospital. El període de dispensació s'ha d'ajustar a les característiques del pacient pel que fa a adherència, així, en pacients poc adherents, la quantitat de medicació dispensada ha de ser menor per facilitar el suport a l'adherència o evitar el malbaratament de medicació en aquells pacients que probablement no l'aprofitaran

A l'inici de la teràpia aquest període no hauria de superar els 15-30 dies, ja que es necessita una vigilància més estreta. D'altra banda, la dispensació no es pot allargar més enllà dels dos mesos, ja que no s'ha d'oblidar que tot pacient complidor és un potencial no complidor amb el pas del temps, pel que és important reforçar el concepte d'adherència en cada cita amb el farmacèutic.

És totalment necessari registrar les dades de dispensació a través de sistemes informàtics que facilitin posteriorment l'explotació de les dades. Abans d'acomiarar el pacient, cal insistir de nou en l'adherència i en la

devolució dels flascons de medicació o recompte de la medicació sobrant. És important determinar la data per a la propera dispensació, així com proporcionar un nom i un telèfon per a qualsevol consulta o dubte que se li plantegi al pacient un cop fora de l'hospital.

Impacte de les Intervencions Farmacèutiques

Per mesurar l'impacte de les intervencions, els estudis contemplen diverses variables. Aquestes poden estar relacionades amb alguna etapa del procés assistencial (taxa d'adherència), en termes de seguretat (nombre d'esdeveniments adversos), en termes de salut (supervivència, qualitat de vida, nombre d'hospitalitzacions), o en termes de cost (cost directe de medicaments, cost indirecte associat a la despesa de recursos sanitaris).

Per aquest motiu els resultats de les intervencions són molt diversos segons l'orientació dels diferents estudis; a continuació es presenten alguns exemples:

En algunes de les revisions de la Cochrane s'evidencia l'existència d'estudis d'intervenció amb resultats molt positius, però també altres estudis on l'impacte no és significatiu. Una mostra, és l'estudi publicat per Carme Lopez⁴⁷ del Grup del Consorci Hospitalari de Vic, amb un efecte directe sobre la supervivència dels malalts amb Insuficiència Cardíaca.

En l'estudi realitzat pel Servei de Farmàcia del Clínic sobre una cohort de malalts VIH del 1998-1999-2000, es comprova com la intervenció farmacèutica millorava l'adherència al llarg del temps en un 11% i la resposta virològica en un 13,7%, dels malalts en tractament¹⁶.

En una revisió sistemàtica realitzada a USA de 68 estudis publicats amb malalts crònics entre el 1994 -2012⁴⁸, gairebé en la meitat, 33 estudis, varen demostrar que les intervencions milloraven l'adherència, però tan sols 18 es varen associar en una millora clínica.

Com el Grup Danès publicat recentment per Olesen C⁴⁹, en què després d'una intervenció farmacèutica al domicili del pacient, recolzada per tres

trucades telefòniques durant 1 any, no es va observar cap resultat positiu sobre adherència, hospitalitzacions o mortalitat.

En una revisió publicada per Anne Spinewine⁵⁰, de diferents models d'atenció publicats a Europa sobre l'impacte de l'actuació del farmacèutic i els resultats, queda palès que la intervenció del farmacèutic millora la farmacoteràpia dels malalts, però quan mires l'impacte en resultats de salut, qualitat de vida o cost eficiència de l'atenció, els resultats són molt variats. Els millors resultats s'aconsegueixen quan el farmacèutic actua dins un equip multidisciplinar.

Són moltes les variables que intervenen a l'hora d'aconseguir un bon resultat, i en el cas que les variables s'identifiquin clarament i es mesurin, es poden trobar diferències. Tot dependrà de si la variable per mesurar el resultat és de procés o de resultat final. Per exemple mesurar l'adherència és un resultat de procés, i mesurar la càrrega viral, el nivell de glucosa en sang, o la tensió arterial, són resultats finals. Resultats finals dels que en deriva, sens dubte, un estat de salut que és l'objectiu final a assolir.

En algun cas la relació causa-efecte està molt ben relacionada, però en altres és un conjunt de causes que poden interactuar per aconseguir l'efecte desitjat.

Això mostra que en cada cas s'haurà d'estudiar quina és la intervenció més adequada i eficient per aplicar.

No oblidem que l'adherència s'ha de mantenir al llarg del temps. En les malalties cròniques la taxa d'adherència en general és més baixa que en malalties de processos aguts. Per exemple, en una cohort de pacients amb malaltia coronària, el 25% dels pacients deixen el tractament als 6 mesos⁵¹. En un altre estudi de malalts que prenen estatines, el 56% d'ells abandonen el tractament als 6 mesos⁵².

En la cohort de pacients VIH seguits al clínic, es va veure que 1/3 dels pacients prenen sempre la medicació, un altre 1/3 la prenen malament o no la prenen, i 1/3 la prenen bé segons temporades¹⁶.

Un aspecte no menys important a considerar, és el cost pel sistema. En una publicació de Mitra et al. 2010⁵³, en malalts amb infecció pel virus de l'hepatitis C l'augment del cost/pacient adherent vs no adherent era de 1.370 vs 2.463\$.

En un informe del NEHI (New England Health Institute) Research Brief August 2009⁵⁴, es mostra que la falta d'adherència dels malalts al tractament, va costar uns 100 bilions anuals en hospitalitzacions innecessàries a EUA.

En una publicació Sokol MC⁵⁵ que estudia l'impacte en la disminució d'ingressos i despesa sanitària relacionat amb l'adherència de malalts amb diabetis, hipercolesterolèmia i hipertensió, es va comprovar que els malalts adherents ingressaven molt menys que els no adherents. Conclou que per algunes malalties val la pena invertir en programes que ajudin als malalts a ser bons adherents, ja que l'estalvi de la despesa derivada del consum de recursos sanitaris és considerable.

Consideracions per a la proposta d'un model

Els medicaments. En l'actualitat existeixen dos perfils de tractaments. Aquells que són prescrits i controlats pels metges de l'atenció especialitzada que habitualment es donen a malalts ingressats, o en els hospitals de dia, o fins i tot des de consultes externes dels hospitals, i la resta de medicació que es prescriu i controla pel metge d'atenció primària.

En el primer cas, entenc i és lògic que siguin també farmacèutics especialitzats en aquests tractaments qui facin el control i seguiment d'aquets malalts, aplicant programes d'atenció farmacèutica dirigida a millorar el resultat terapèutic del tractament farmacològic. El perfil alt de coneixements del farmacèutic especialista fa palès el grau d'ajut que pot representar per aquests malalts, tant en la gestió de la medicació, com en la prevenció i en el maneig d'esdeveniments adversos, com en el seguiment del resultat terapèutic, etc.

Aquest servei és el que es trameta actualment des de la Unitat de farmàcia ambulatoria dels hospitals, o des dels despatxos dels farmacèutics en els propis hospitals de dia o consulta externa dels hospitals. Això no exclou

que es busquin models compartits o fins i tot subcontractats amb altres proveïdors que complementin el seguiment d'aquests malalts, exemples com programes de HomeCare, Home delivery, Call Centers, o fins i tot, en algun cas molt seleccionat, les oficines de farmàcia podrien donar suport en aquesta tasca.

En el segon cas, i concretament en els malalts que recullen la medicació a l'oficina de farmàcia, que per cert són la gran majoria, es troben els malalts crònics, amb més de 2 comorbiditats, polimedcats (és a dir, amb 5 o més medicaments). Aquest, és un grup de malalts que requereixen un grau d'atenció elevat i especial, i en el que els farmacèutics d'oficina tenen un paper important a jugar.

Segons dades de l'Institut Català de la Salut (ICS), i en un tall efectuat el 2014 a Barcelona ciutat, existeixen més de 137.000 malalts que prenen 5 o més medicaments, dels quals 23.000 prenen 10 o més medicaments.

El Farmacèutic i els equips assistencials

El farmacèutic d'hospital, i més ara que s'ha canviat el nom de l'especialitat i engloba farmacèutic especialista d'hospital i atenció primària, ha de treballar de forma totalment integrada dins els equips multidisciplinars amb metges, infermers i farmacèutics, participant conjuntament en la presa de decisions. Cadascun i des de la seva vessant, aporta coneixements i enriqueix globalment el procés assistencial dels malalts.

Un bon exemple el tenim en el procés d'atenció en malalts crònics, que solen ser polimedcats. En aquest grup de població s'ha detectat un alt grau de prescripció inadequada. El model de prescripció centrat en la persona consta de tres etapes ben diferenciades. La primera està centrada en el malalt, a on s'avalua la situació, estat del malalt, i capacitat de gestionar el tractament. La segona està centrada en les malalties, a on s'avaluen els diagnòstics i s'estableixen els objectius terapèutics. Finalment la tercera es centra en el fàrmac, a on s'avalua el millor fàrmac pel malalt considerant prèviament l'etapa 1 i 2. D'aquí surt el pla d'acció consensuat per l'equip mutidisciplinar, del que deriven unes accions concretes fetes a mida, és a dir, individualitzades pel malalt. L'adherència és una d'elles.

És per això que abans d'aplicar un programa de millora de l'adherència en un malalt crònic, és indispensable fer una bona revisió del tractament aplicant els criteris descrits anteriorment.

Tenim els exemples del grup multidisciplinari del Consorci Hospitalari de Vic, aplicant els criteris d'adequació de la prescripció en pacients amb malalties cròniques amb l'objectiu d'identificar la prescripció potencialment inadequada i l'existència d'esdeveniments adversos per adaptar la prescripció a la situació particular de cada pacient.

En dos estudis realitzats pel grup, el primer, centrat en pacients amb demència avançada es va detectar que a l'ingrés hospitalari un 74% del pacients estaven polimedicats, i després del procés d'adequació de la medicació es va reduir al 37%⁵⁶. En el segon estudi, centrat en un grup de malalts crònics amb edat >84 anys i/o deteriorament cognitiu, es va detectar que un 40% dels pacients presentaven algun criteri de prescripció inadequada⁵⁷.

Pel que es conclou que existeix, en un percentatge alt de malalts, associació entre polifarmàcia, pacient complex, prescripció inadequada i efectes adversos.

Aquest model de prescripció centrat en el pacient permet identificar un elevat nombre de prescripcions inadequades i adequar-les al perfil de cada pacient.

El Malalt

En el moment d'abordar el tema de l'adherència o compliment en el malalt, és important aplicar el mateix concepte de model centrat en la persona, és a dir, identificar quins coneixements, percepció, expectatives, i capacitats d'autogestió, tindrà el malalt envers el tractament. Amb l'objectiu d'involucrar-lo tant en la presa de decisions com en el compromís d'acceptar i de seguir el tractament.

Fruit de la conversa i avaluació amb el malalt, es derivarà el pla d'actuació. Pla que intentarà fer participar de forma activa al malalt en el maneig de la seva medicació.

Aquest pla pot anar de màxims, aquell malalt que és perfectament capaç de seguir correctament el tractament independentment de la seva complexitat, fins a mínims, aquell malalt que no és capaç de seguir el tractament i necessita l'ajuda d'un cuidador per la presa dels medicaments.

Entre les dues situacions, hi ha un esglaonat d'opcions que hem de ser capaços d'identificar. D'aquesta manera, oferir aquella que sigui més estimulante pel malalt sense arribar a l'extrem d'anul·lar-lo i donar-li tot fet, com pot ser preparar el sistema SPD (el sistema personalitzat de dosificació), en malalts que tenen suficient capacitat d'autogestionar la seva pròpia medicació. Aquest sistema s'ha de reservar en malalts que no siguin capaços de gestionar el tractament per ells mateixos.

En resum, del procés inicial d'avaluació, se'n derivarà una "prescripció" del Pla d'actuació o intervenció més adequat per cada malalt en particular.

Les Oficines de Farmàcia

Aquesta prescripció del "Pla d'actuació", en el cas de malalts crònics polimedcats, i en funció del nivell de d'atenció que es requereixi, es pot derivar al Centre d'Atenció Primària (CAP), o fins i tot a l'Oficina de Farmàcia de barri del malalt. Arribat aquest punt, les oficines de farmàcia poden participar activament en el control i seguiment de malalts crònics. En funció de la prescripció del Pla, s'establiran unes o altres activitats o funcions.

Aquest model de "servei" s'està pilotant ja en algunes oficines de farmàcia de forma molt inicial, i caldrà anar-los perfeccionant i definint en funció de les diferents necessitats dels malalts. Com s'ha comentat anteriorment aquestes intervencions no es poden estandarditzar, ja que perdrien el seu valor.

Sens dubte que aquest servei s'ha de remunerar, mitjançant un contracte de serveis amb l'entitat gestora o proveïdora de salut de la regió. És un canvi de model de negoci de l'oficina de farmàcia que s'orienta cap a la farmàcia comunitària (de la comunitat, del barri).

En la mateixa línia i recordant els comentaris inicials de l'educació sanitària (informar per educar), les farmàcies comunitàries poden, i de fet són, excel·lents plataformes de comunicació, transmissió i difusió de missatges, tant de campanyes sanitàries, com de consells individuals, etc.

De fet el model de Farmàcia Escocès, està inspirat en aquestes bases, i constitueix un bon exemple a seguir.

Aquest futur passa per un procés d'integració, entre els farmacèutics de l'hospital i farmacèutics de primària, col·laborant amb els farmacèutics d'oficina i així treballar de forma conjunta i coordinada per un objectiu comú: Millorar la salut del ciutadà ja estigui a l'hospital, en una residència, en un socisanitari, o a casa amb atenció domiciliària.

Per orientar l'atenció cap aquest nou model, cal canviar les actuals estructures i deixar el marc conceptual dels espais. El farmacèutic d'hospital ha de sortir de les quatre parets de l'hospital, i el de primària ha de deixar de pensar en clau primària.

Les noves tecnologies

Les prestacions que s'ofereixen des de les noves tecnologies, com la televisió, els ordinadors, les tauletes, els telèfons mòbils, i altres dispositius, donen la possibilitat de fer el seguiment del malalt remotament.

Aquest fet, per un costat, evita molts desplaçaments inútils per part del malalt, que guanya temps; i per l'altre facilita el contacte del malalt amb el seu metge, farmacèutic o infermer. D'aquesta manera, encara que sembli una contradicció, es crea una percepció de proximitat i accessibilitat per molts malalts cap a l'equip assistencial.

Alguns dels factors limitants en l'ús d'aquestes tecnologies, són la disponibilitat dels equips necessaris per a dur a terme la connexió, el grau de coneixement i/o maneig i l'habilitat en l'ús de les mateixes. Aquest es un fet que es dona cada vegada menys, degut a que les noves generacions ja incorporen aquestes tecnologies a la seva vida quotidiana i per osmosis, la gent d'una certa edat poc a poc hi va entrant. De fet el nostre país és dels que s'ha incrementat més l'ús de smartphones.

Els exemples que tenim actualment a l'abast, són els projectes de telemedicina, com és l'Hospital virtual. És adir, l'atenció als malats VIH a l'Hospital Clínic⁵⁸, que s'aplica a malalts estables en el tractament de la malaltia, que disposin simplement d'un ordinador amb webcam, i mitjans audiovisuals, des d'on cada 6 mesos, o quan ho necessitin, es connecten i acudeixen a la consulta virtual del metge i els altres professionals que habitualment participen en el procés d'atenció.

El farmacèutic com a un membre més de l'equip, també visita de forma virtual i manté la mateixa conversa com si la visita fos presencial. L'única diferència és la dispensació que s'ha de fer mitjançant algun sistema de lliurament presencial.

Una altra experiència, és el projecte MedPlan del Clínic, una aplicació per telèfon mòbil que s'està aplicant a malalts en tractament crònic, com a eina d'ajut i suport a la presa de medicació, amb el valor afegit que dóna la possibilitat de contactar amb el teu metge o farmacèutic, mitjançant un servei de correu electrònic encriptat, per qüestions o dubtes relacionats amb el tractament medicamentós. Sembla que algunes experiències publicades en els darrers anys, recolzen aquesta tecnologia com a suport pel malalt en la millora del seu compliment⁵⁹.

Aquestes eines són cada vegada més accessibles i s'estenen molt ràpidament entre la població. Fins i tot els diferents sistemes de salut arreu de l'Estat estan implantant i/o esbrinant com fer-ho. Tenim exemples com a L'Hospital Sant Joan de Déu, el Govern Basc, alguns Centres d'Atenció Primària, etc.

D'aquí a pocs anys serà una pràctica habitual en la que tots hem d'estar-hi presents.

Una condició en la que s'ha de treballar, és la de tenir accés a la història clínica del malalt des de qualsevol punt d'atenció; públic o privat, compartint la informació, que en definitiva es propietat del malalt, no de l'entitat que l'atén. El malalt és qui ha d'autoritzar qui pot o no tenir accés a la seva història clínica, a la seva història de medicació, i en quines condicions i entorns.

Un exemple molt clar és el cas del malalt amb VIH, que per confidencialitat no vol que, per exemple, el seu farmacèutic, o la seva

infermera o fins i tot el seu metge de capçalera tinguin coneixement de que és sèrum positiu al VIH.

És un tema delicat i a la vegada rellevant, si anem cap a un sistema global i transversal, en que per gestionar bé la medicació tots els actors han de tenir tota la informació, no és lògic que una part del tractament s'amagui. Això ens indica que alguna cosa no va bé.

Conclusions

Per acabar, si em permeten, voldria expressar la meva opinió sobre com veig el futur.

Penso que no es pot deixar de donar aquest servei d'atenció directa als malalts que tant valor ha donat al procés assistencial. Hem de continuar i augmentar amb la identificació de tots aquells grups de malalts que es poden beneficiar d'aquest tipus d'atenció.

Per requeriments de la medicació, a les nostres Farmàcies vénen molts malalts que podrien ser candidats a aquest tipus de programes i malauradament en alguns casos, per manca de recursos, no els podem oferir l'atenció que es mereixen.

No obstant, com ja he dit al principi, no em quedo aquí i vaig una mica més enllà. No solament no es pot deixar sinó que s'ha de potenciar.

Com la podem potenciar? Treballant en xarxa i en clau de continuïtat assistencial. En aquest cas no m'estic referint solament als fàrmacs antiretrovirals, ni als d'ús hospitalari, sinó també a la resta de tractaments emprats en les malalties de caràcter crònic.

El model de negoci de l'Oficina de Farmàcia ha de canviar, és ja un nou concepte i/o situació que s'ha d'integrar a la pràctica assistencial, i que al mateix temps passa per buscar un sistema alternatiu de finançament.

La tasca no és gens fàcil, i al llarg del camí trobarem moltes dificultats i entrebancs, és un canvi tan important que es converteix en un repte, que espero siguem capaços d'assolir.

Per acabar ens podem inspirar en el Pla de Salut 2011-2015: Tal i com es comenta en el Pla de Salut:

Els tres eixos vertebradors del Pla de salut de Catalunya 2011-2015³, amb 9 línies d'actuació.

I. Programes de salut: més salut per a tothom i millor qualitat de vida

Línia d'actuació 1. Objectius i programes de Salut

II. Transformació del model d'atenció: millor qualitat, accessibilitat i seguretat en les intervencions sanitàries

Línia d'actuació 2. Un sistema més orientat als malalts crònics

Línia d'actuació 3. Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori

Línia d'actuació 4. Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització

III. Modernització del model organitzatiu: un sistema sanitari més sòlid i sostenible

Línia d'actuació 5. Major enfocament cap als pacients i les famílies

Línia d'actuació 6. Nou model de contractació de l'atenció sanitària més enfocat a resultats en salut

Línia d'actuació 7. Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic

Línia d'actuació 8. Millora en el govern i en la participació en el sistema

Línia d'actuació 9. Informació compartida, transparència i avaluació

Es tracta d'identificar quin valor podem afegir al nou Pla, i la clau està en tenir un programa. És a dir, un model que estigui integrat, més participatiu i amb possibilitat de compartir la informació orientat al malalt i a les famílies, prioritzant la malaltia crònica, d'alta especialització, millorant la qualitat, un nou model de contractació,...

Resum final. Proposta d'un model

Com a conclusió i resum final m'atreveixo a presentar una proposta de punts per un programa centrat en un grup de població amb altes necessitats, com és el malalt crònic polimedicat.

Establiment d'un programa territorial d'atenció al pacient crònic polimedicat, que tingui en compte els següents punts:

- Aplicat a pacients ingressats a l'hospital, al centre d'atenció intermèdia, a la residència d'avis o a casa.
- On els farmacèutics d'hospital i els de primària, treballen en clau territorial integrats dins als equips multidisciplinaris.
- On els equips apliquen un model d'adequació de la prescripció centrada en el pacient i es revisa el tractament.
- Detectant necessitats de suport i/o ajut en la millora del compliment i elaborant un Pla individualitzat, considerant sempre "apoderar" al pacient.
- Aquest Pla, segons els serveis que requereixi el pacient, el pot dur a terme el mateix malalt, el cuidador, els infermers, els farmacèutics d'hospital i atenció primària territorials, o els farmacèutics d'oficina.
- Treballant en xarxa informàtica, compartint i donant responsabilitats a cada àmbit i actor.
- El model requereix un pla de formació de tots els implicats, especificant el rol de cada professional.
- Les autoritats sanitàries han de facilitar el model, canviant els models de gestió i finançament.
- Cal generar evidència de les bondats de la proposta de model.

Molt agraït per tot el que hem pogut compartir amb els malalts, familiars, metges, infermeres, tècnics de farmàcia, gestors, administratius i farmacèutics.

Bibliografía:

1. World Health Organization Department of Essential Drugs and Medicines Policy. HOW TO INVESTIGATE THE USE OF MEDICINES BY CONSUMERS. July 2008
2. Organización Mundial de la salud. Medicamentos: uso racional de los medicamentos. OMS. Nota descriptiva 338. Mayo 2010
3. Pla de Salut de Catalunya. 2011-2015. Document de treball. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Novembre 2011.
4. Codina Carlos. Educación Sanitaria. Información al paciente sobre los medicamentos. Monografía. Fundación Dr. Antonio Esteve. Depósito legal: B.- 37.300-2000 Coordinación y producción: Ediciones Doyma, S.L. Barcelona 2000.
5. <http://medicaments.gencat.cat/es/>
6. <http://www.cofb.net/html/inicio/index>
7. <http://catsalut.gencat.cat/es/>
8. <https://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/home.htm>
9. <http://www.forumclinic.org/>
10. Pardo López MA, Aznar Saliente MT, Soler Company E; Coordinadores GRUPO CONSULTENOS. [CONSULTENOS: hospital discharge information programmes. Development and results from the first year of operation in 5 hospitals]. Farm Hosp. 2008 Nov-Dec;32(6):323-30
11. Céspedes J, Briceño G, Farkouh ME, Vedanthan R, Baxter J, Leal M, Boffetta P, Woodward M, Hunn M, Dennis R, Fuster V. Targeting preschool children to promote cardiovascular health: cluster randomized trial. Am J Med. 2013 Jan;126(1):27-35

12. <http://www.sigrelandia.es/>
13. Codina CJ, Sarda PU, Salvador EL, Monerde JJ, Ribas JS. Database program for creating individualized patient drug information and medication schedules. *Am J Hosp Pharm* 1992;49:131-32.
14. Societat Calatana de Farmàcia Clínica. Guia per la implantació de programes de conciliació de medicació en els Centres Sanitaris. Gener 2009. Barcelona
15. WHO. Adherence to long term therapies. Evidence for action. 2003
16. Codina Jané Carlos. Tesis Doctoral. Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran eficacia en los pacientes infectados por el VIH. Estudio prospectivo de una cohorte de 649 casos (1998-2000) Mayo 2004.
17. Codina Jané C, Tuset Creus M, Ibarra Barrueta O, Delgado Sánchez O, Morancho, Echevarría O, García Díaz B, Escobar A, Martínez B, Butiñá T, Amador P, Estaún E, Sáinz A, Martínez N, Cal S, Gómez MR, López RM, Carmona A, Jiménez I, Moriel C, León J, Iranzo MD, Caro L, Castillo I, Bachiller P, Irastorza B, Gine M, Sala ML, Requena T, Santolaya R, Lluch A, Iruin A, Alfaro J; Grupo VIH de la SEFH. [Evaluation of a pharmaceutical care program to improve adherence to antiretroviral therapy]. *Farm Hosp.* 2004;28(6 Suppl 1):19-26.
18. Gil V, Belda J, Piñeiro F, Quirce F, Merino J. Incumplimiento de la terapéutica farmacológica en la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:38-45
19. Gil V, Pineda M, Martinez JL, Belda J, Santos ML, Merino J. [Validity of 6 indirect methods to assess treatment compliance in arterial hypertension]. *Med Clin (Barc)* 1994;102:532-36.
20. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Taylor DW, Roberts RS, Johnson AL. Patient compliance with antihypertensive regimens. *Patient Couns Health Educ* 1978;1:18-21.

21. Knobel H, Carmona A, Grau S, Pedro-Botet J, Diez A. Adherence and effectiveness of highly active antiretroviral therapy. *Arch Intern Med* 1998;158:1953.
22. Chesney MA, Ickovics J, Hecht FM, Sikipa G, Rabkin J. Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS* 1999;13 Suppl A:S271-S278.
23. Knobel H, Polo R, Escobar I. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Junio 2008.
24. Dobkin JF. You say adherence, I say compliance. *Infect Med* 1998;15:11-65
25. Bartlett JA. Addressing the challenges of adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29 Suppl 1:S2-10.
26. Codina Jané C, Martín Conde MT. [Antiretroviral treatment compliance]. *Rev Clin Esp.* 2005 May;205(5):201-2.
27. Knobel H, Carmona A, Lopez JL, Gimeno JL, Saballs P, Gonzalez A, Guelar A, Diez A.[Adherence to very active antiretroviral treatment: impact of individualized assessment]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17:78-81.
28. Tuldrà A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Bayes R, Arno A, Balague M, Bonjoch A, Jou A, Negrodo E, Paredes R, Ruiz L, Romeu J, Sirera G, Tural C, Burger D, Clotet B. Prospective randomized two-Arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;25:221-28.
29. Vanhove GF, Schapiro JM, Winters MA, Merigan TC, Blaschke TF. Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy. *JAMA* 1996;276:1955-56.
30. Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2000;30 Suppl 2:S171-S176.

31. Patterson TL, Lacro J, McKibbin CL, Moscona S, Hughs T, Jeste DV. Medication management ability assessment: results from a performance- based measure in older outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:11-19.
32. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;13:1763-69.
33. Martín MT, Del Cacho E, Codina C, Tuset M, De Lazzari E, Mallolas J, Miró JM, Gatell JM, Ribas J. Relationship between adherence level, type of the antiretroviral regimen, and plasma HIV type 1 RNA viral load: a prospective cohort study. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2008 Oct;24(10):1263-8.
34. [Once daily administration improves therapy adherence in HAART. New substance class with more powerful reserves against virus resistance]. *MMW Fortschr Med* 2001;143 Suppl 1:86-89.
35. Martín MT, Rovira M, Massanes M, del Cacho E, Carcelero E, Tuset M, Codina C, Miro JM, Gatell JM, Ribas J. [Analysis of the duration of and reasons for changing the first combination of antiretroviral therapy]. *Farm Hosp*. 2010 Sep-Oct;34(5):224-30.
36. Martín MT, del Cacho E, López E, Codina C, Tuset M, de Lazzari E, Miró JM, Gatell JM, Ribas J. [Adverse side effects of antiretroviral therapy: relationship between patients' perception and adherence]. *Med Clin (Barc)*. 2007 Jun 23;129(4):127-33.
37. Gratacòs L, Tuset M, Codina C, Miró JM, Mallolas J, Miserachs N, Martín-Conde MT, del Cacho E, Lazzari E, Ribas J, Gatell JM. [Antiretroviral therapy of HIV infection: duration and reasons for changing the first therapeutic regimen in 518 patients]. *Med Clin (Barc)*. 2006 Feb 25;126(7):241-5.
38. Roter DL. Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J* 1983;32:260-265.
39. Roberts KJ, Volberding P. Adherence communication: a qualitative analysis of physician-patient dialogue. *AIDS* 1999;13:1771-78.

40. Codina C, Martinez M, Tuset M, Del Cacho E, Martin MT, Miro JM, Mallolas J, De Lazzari E, Garcia F, Martinez E, Gatell JM, Ribas J. [Comparison of three methods to calculate adherence in patients receiving antiretroviral treatment]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:484-90.
41. Riera M, La Fuente LL, Castanyer B, Puigventos F, Villalonga C, Ribas MA, Pareja A, Leyes M, Salas A. [Adherence to antiretroviral therapy measured by pill count and drug serum concentrations. Variables associated with a bad adherence]. *Med Clin (Barc)* 2002;119:286-92.
42. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, Kindelan JM, Carmona A, Juega J, Ocampo A. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002;16:605-13.
43. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24:67-74.
44. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, Wu AW. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS Care* 2000;12:255-66.
45. Bond WS, Hussar DA. Detection methods and strategies for improving medication compliance. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:1978-88.
46. Haddad M, Inch C, Glazier RH, Wilkins AL, Urbshott G, Bayoumi A, Rourke S. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;CD001442.
47. Falces C, López-Cabezas C, Andrea R, Arnau A, Ylla M, Sadurní J. [An educative intervention to improve treatment compliance and to

prevent readmissions of elderly patients with heart failure]. *Med Clin (Barc)*. 2008 Oct 11;131(12):452-6.

48. Viswanathan M¹, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, Coker-Schwimmer EJ, Rosen DL, Sista P, Lohr KN. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012 Dec 4;157(11):785-95.
49. Olesen C¹, Harbig P, Buus KM, Barat I, Damsgaard EM. Impact of pharmaceutical care on adherence, hospitalisations and mortality in elderly patients *Int J Clin Pharm*. 2014 Feb;36(1):163-71.
50. Anne Spinewine, Daniela Fialová and Stephen Byrne. The Role of the Pharmacist in optimizing Pharmacotherapy in Older People. *Drugs Aging* 2012; 29(6): 495-510.
51. Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*. 2002 Jul 24-31;288(4):462-7.
52. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*. 2002 Jul 24-31;288(4):455-61.
53. Mitra D, Davis KL, Beam C, Medjedovic J, Rustgi V. Treatment patterns and adherence among patients with chronic hepatitis C virus in a US managed care population. *Value Health*. 2010 Jun-Jul;13(4):479-86.
54. New England Healthcare Institute (NIHE). Thinking outside the pillbox. A systemwide approach to improving patient medication adherence for chronic disease; 2009
55. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005 Jun;43(6):521-30.

56. Molist Brunet N, Sevilla-Sánchez D et al. Optimizing drug therapy in patients with advanced dementia : A patient-centered approach. *Eur. Geriatr. Med.* 2014;5:66–71.
57. Molist Brunet N, Sevilla-Sánchez D et al. A patient-centered prescription model assessing the appropriateness of chronic drug therapy in the elderly. IN PRESS
58. León A, Cáceres C, Fernández E, Chausa P, Martín M, Codina C, Rousaud A, Blanch J, Mallolas J, Martínez E, Blanco JL, Laguno M, Larrousse M, Milinkovic A, Zamora L, Canal N, Miró JM, Gatell JM, Gómez EJ, García F. A new multidisciplinary home care telemedicine system to monitor stable chronic human immunodeficiency virus-infected patients: a randomized study.. 2011 Jan 21;6(1):e14515.
59. H. Anglada-Martinez, G. Riu-Viladoms, M. Martín-Conde, M. Rovira-Illamola, J. M. Sotoca-Momblona, C. Codina-Jane. Does mHealth increase adherence to medication? Results of a systematic review 2014. *Int J Clin Pract* doi: 10.1111/ijcp.12582