

# RESOLUCIÓN DE LA SECRETARIA AUTONÓMICA DE LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD SOBRE EL PROGRAMA DE REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA FARMACOTERAPIA (REFAR)

 GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT  
Registre General

Data 19 DIC. 2011

EIXIDA 62107

## INDICE

### Preámbulo

- Primera: Objeto
- Segunda: Subprogramas operativos
- Tercera: Instrumentos de registro y apoyo
- Cuarta: Procedimiento
- Quinta: Coordinación y evaluación
- Sexta: Calendario REFAR 2012
- Séptima: Entrada en vigor

## PREÁMBULO

La utilización de los medicamentos se considera apropiada o adecuada cuando presentan una evidencia clara que apoya su uso en una indicación determinada, son bien tolerados en la mayoría de los pacientes y son coste-efectivos. Adicionalmente, la prescripción adecuada en las personas mayores debe tener en cuenta la esperanza de vida del paciente, reevaluando o evitando terapias preventivas en aquellos pacientes con pronóstico de corta supervivencia y promoviendo fármacos con relación beneficio/riesgo favorable.

Se considera que una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando

hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces. La prescripción inapropiada también incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o duración de la indicada, el uso de fármacos con elevado riesgo de interacciones y fármacos duplicados o de la misma clase. También se incluye la no utilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados, cuando no se prescribe en pacientes mayores por razones no justificadas.

Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes en el que a menudo, coexisten múltiples enfermedades para las que se prescriben un elevado número de medicamentos. El riesgo aumenta con la edad como consecuencia de los cambios fisiológicos del envejecimiento, la variabilidad farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos, la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales.

Los programas de revisión de medicamentos consisten en el estudio sistemático de todos los productos farmacéuticos que utilizan los pacientes para cuidar su salud, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos programas han proporcionado muy buenos resultados en la detección y resolución de problemas asociados con los medicamentos. Los programas de revisión se plantean inevitablemente como multidisciplinarios, tratando de aunar los esfuerzos de los profesionales sanitarios que deben estar implicados, tanto en la facilitación del seguimiento de los planes de tratamiento por parte de los pacientes, como en la prevención de los problemas derivados de dichos planes.




En el marco del Sistema Nacional de Salud, los programas de revisión de la utilización de medicamentos promueven actuaciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial para pacientes crónicos y polimedcados y la eficiencia en el uso de los recursos a los efectos de mejorar:

- el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedcados.

- el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamentos.
- la detección de problemas derivados del uso de medicamentos.

En el marco anterior, es habitual la utilización de la historia clínica electrónica por todos los profesionales de la salud implicados en la atención sanitaria al paciente, la optimización de sistemas de dispensación de medicamentos en los distintos ámbitos asistenciales, en particular, sistemas de dispensación racionales y eficientes, así como, optimizar la gestión y administración de medicamentos mediante la utilización de procedimientos normalizados y registros, en especial, para personas dependientes respecto a su medicación.

El programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia en la Agenda Valenciana de Salud (REFAR), facilita el cumplimiento del artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se establece que la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y el menor coste posible para ellos y la comunidad.



La habilitación jurídica para el desarrollo del programa REFAR está disponible en los artículos 14 y 16 del Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria, así como los artículos 4 y 8 del Decreto 118/2010, de 27 de agosto, del Consell, por el que se ordenan y priorizan actividades de las estructuras de soporte para un uso racional de los productos farmacéuticos en la Agencia Valenciana de Salud.

La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente en los mayores que contribuye al aumento de reacciones adversas a medicamentos. En las últimas dos décadas existe un creciente interés por buscar instrumentos para clasificar la adecuación de los tratamientos farmacológicos y la elaboración y aplicación de protocolos que permitan la detección sistemática de las prescripciones inapropiadas.

Se han desarrollado diferentes herramientas para detectar la prescripción potencialmente inadecuada de productos farmacéuticos siendo los criterios de Beers una de las herramientas más utilizada en nuestro entorno. Una actualización más reciente adaptada al entorno español, STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) / START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) ha demostrado una mayor sensibilidad que los criterios de Beers y aporta el valor añadido de detectar no solo la prescripción inadecuada para determinados fármacos, si no también la falta de prescripción de medicamentos indicados. Constan en realidad de dos grupos de criterios, STOPP (por la palabra inglesa "para" o "detener") y los START (por "empezar").

Los criterios STOPP/START recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de medicamentos que aparecen en las historias clínicas informatizadas de los pacientes. En cualquier caso, estos criterios tienen que apoyar, nunca reemplazar, el criterio clínico del médico prescriptor. En las presentes Instrucciones se plantea, entre otras acciones, realizar una propuesta de intervención y revisión propia de la Agencia Valenciana de Salud (sin restricción de mayores de 65 años) con la metodología Stopp/Start.

Para facilitar la efectividad y eficiencia de la presente Resolución es imprescindible la utilización intensiva y completa de los sistemas de información Abucasis y Gaia para todas las operaciones clínico-administrativas, resultando una condición imprescindible para alcanzar los objetivos de control,

y simplificación de todos los procesos administrativos en relación a la prescripción, administración y dispensación de productos farmacéuticos.

La utilización intensiva y completa del sistema de información por los profesionales sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud viene reforzada por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos (art. 27.6) y la Ley 3/2010, de 5 de mayo, de administración electrónica de la Comunidad Valenciana (art. 28.2), indicando que reglamentariamente, se podrá establecer la obligatoriedad de utilización exclusivamente de medios electrónicos cuando se tenga garantizado el acceso y disponibilidad de medios tecnológicos precisos. En este marco la Agencia Valenciana de Salud dispone de herramientas de asistencia al profesional de carácter *on line* (prescripción, indicación, transcripción, dispensación y seguimiento) como *off line* (gestores especializados en la utilización de medicamentos que permite la identificación de los tratamientos que deben ser revisados).

El conjunto de instrucciones de la presente Resolución tienen apoyo en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, donde en su artículo 19 regula, entre otros, el deber de los profesionales estatutarios de cumplir con diligencia las instrucciones, prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad, así como cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en el correspondiente servicio autonómico de salud.

En todos los casos se deberá contemplar lo ordenado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y desarrollado en los artículos 16 y 18 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde se regulan los supuestos en que se podrá producir la cesión de datos de la historia

clínica, así como el modo del acceso a la misma. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia y el respeto de los derechos del paciente. En general, se deberá acceder a los datos de los pacientes previa señal de alerta de alguno de los gestores automatizados de revisión de la farmacoterapia descritos en la presente Resolución y confirmando, con la firma electrónica reconocida, los motivos para el acceso a la historia clínica de un paciente sin estar en su presencia o contar con previa autorización.

Por todo lo expuesto en los párrafos anteriores, en virtud de las competencias que me otorga el Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat y se modifica el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud, se emiten las siguientes

## INSTRUCCIONES

### PRIMERA. OBJETO

1. El programa de revisión y seguimiento de farmacoterapia (REFAR) es un instrumento de la Agencia Valenciana de Salud para establecer programas y protocolos específicos para evaluar la asistencia farmacéutica a los pacientes de la Agencia Valenciana de Salud, especialmente en crónicos y polimedicados. Los protocolos incluirán la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos en los pacientes polimedicados, así como las actuaciones específicas para garantizar la seguridad, la efectividad y la eficiencia de los mismos.

2. El programa REFAR tendrá los siguiente objetivos:

- a) revisión de la medicación y detección de problemas derivados del uso de medicamentos
  - b) mejorar el cumplimiento terapéutico y efectividad de los tratamientos en los pacientes crónicos y polimedicados
  - c) mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamentos
3. En el marco del programa REFAR se realizarán las siguientes actuaciones:
- a) control y seguimiento de tratamientos y de pautas posológicas, aplicando un seguimiento en los pacientes que cumplan las condiciones para ser incluidos en el programa. De forma personalizada se revisarán los tratamientos y pautas posológicas de los medicamentos prescritos, comprobando los conocimientos del paciente en el manejo de su medicación
  - b) control de la eficiencia de los tratamientos, mediante la revisión periódica de los tratamientos y adecuación a la patología y condiciones clínicas del paciente, en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad
  - c) detección de posibles efectos adversos y de errores de medicación, mediante la revisión de tratamientos y entrevistas personalizadas
  - d) educación sanitaria a los pacientes en el manejo de su medicación y adhesión al tratamiento facilitando la información adecuada y completa sobre medicamentos y sus pautas posológicas.
  - e) evitar que el paciente acumule medicamentos en el domicilio y retirar los medicamentos ya caducados
  - f) ayudar al cumplimiento mediante el apoyo presencial facilitando la asistencia precisa en cada caso para la mejora del cumplimiento. Estas medidas comprenden la simplificación de la pauta posológica, entrega de hojas de medicación explicativas o sistemas personalizados de dosificación.
4. El programa REFAR dispondrá de un marco normalizado de actuaciones (MNA) en la Agencia Valenciana de Salud descritas en el documento I anexo a

las presentes Instrucciones. El MNA se revisarán anualmente por la Comisión Corporativa de REFAR.

## SEGUNDA. SUBPROGRAMAS OPERATIVOS

1. El programa REFAR se estructura en los siguientes subprogramas:
  - a) Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR)
  - b) Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA)
  
2. El Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR) agrupa las acciones y actuaciones propuestas a nivel corporativo (generados desde los servicios centrales de la Agencia Valenciana de Salud) o departamental en materia de:
  - a) alertas de medicamentos y productos sanitarios de uso humano
  - b) revisiones de utilización de medicamentos
  - c) formación en las herramientas informáticas de prescripción, dispensación y análisis de la utilización de medicamentos.
  - d) revisión de las bases de datos de soporte a los instrumentos *on line* y *off line* de asistencia en la seguridad, efectividad y eficiencia en la prescripción, dispensación y análisis de la utilización de productos farmacéuticos.
  
3. El Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA) agrupa las acciones protocolizadas en relación al seguimiento de pacientes crónicos y polimedicados en materia de:
  - a) captación
  - b) valoración
  - c) seguimiento



### TERCERA. INSTRUMENTOS DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA REFAR

1. En el marco del programa REFAR la Agencia Valenciana de Salud impulsará la utilización de instrumentos mecanizados soportados en el desarrollo y mantenimiento de bases de datos farmacoterapéuticas que permitan disponer de herramientas de asistencia directa *on line* en la prescripción, indicación, transcripción, dispensación y seguimiento de los tratamientos terapéuticos, así como herramientas de análisis *off line* que facilitan la identificación automatizada de pacientes cuyos tratamientos son susceptibles de revisión por motivos de seguridad, efectividad o eficiencia.

2. A los efectos de facilitar la disminución de los problemas relacionados con los productos farmacéuticos el sistema de información sanitario de la Agencia Valenciana de Salud dispondrá de servicios de seguridad automatizada para la prescripción, indicación, transcripción y dispensación tanto en el sistema de información ambulatoria (MPRE y MDIS de Gaia) como por los diferentes sistemas de información de orientación hospitalaria.

3. A los efectos de facilitar el seguimiento de los pacientes incluidos en el programa REFAR, se ofertará en la historia clínica electrónica una "Hoja de Seguimiento de REFAR" (MNA Anexo II) que facilita la valoración y seguimiento de los pacientes incluidos en el programa, así como un módulo especial de gestión de los pacientes seleccionados para su propuesta de inclusión en REFAR que dispondrá, entre otros servicios del formulario de comunicación de REFAR (MNA Anexo VI)

4. A los efectos de facilitar la identificación de los pacientes susceptibles de revisión de tratamientos (REFAR-AR) o de seguimiento (REFAR-EA) la Agencia Valenciana de Salud dispondrá de "gestores especializados automatizados de revisión farmacoterapéutica" disponibles para profesionales

sanitarios y cuadros directivos. El inventario de gestores de revisión farmacoterapéutica consta en 2012 de:

Gestor A/S	Gestor para la identificación y seguimiento de los tratamientos afectados por alertas de seguridad de medicamentos de uso humano (disponible en utilidades de prescripción de SIA)
Gestor MI	Gestor para identificar los tratamientos de determinados subgrupos terapéuticos o principio activos que pudieran tener una utilización inapropiada (disponible en utilidades de prescripción de SIA)
Gestor S/S	Gestor para identificar los tratamientos por los criterios STOPP/START
Gestor PRM	Gestor para identificar los tratamientos susceptibles de revisión en relación a variables de seguridad en la utilización de productos farmacéuticos (problemas relacionados con los medicamentos) (disponible en utilidades de prescripción de SIA)
Gestor SCP	Gestor para facilitar los resultados en salud de la utilización de medicamentos en poblaciones con la misma carga de enfermedad

A/S: Alertas farmacéuticas de seguridad; MI: Medicamentos inapropiados; S/S: criterios Stopp/Start; PRM: Problemas Relacionados con los Medicamentos; SCP: Sistema de Clasificación de Pacientes.

#### **CUARTA. PROCEDIMIENTO**

1. El desarrollo de las actividades del programa REFAR deberán estar integradas como una tarea diaria dentro de los procesos sanitarios usuales desarrollados por médicos, enfermeros y farmacéuticos. Cualquier actividad de revisión o seguimiento de los tratamientos farmacológicos de un paciente conllevará la apertura de un nuevo contacto en SIA que facilite el registro de las intervenciones realizadas, documentación clínica o administrativa.
2. Mensualmente y utilizando la información disponible en los gestores especializados se asignará a cada facultativo o equipo clínico, por parte de las Direcciones Médicas y de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Salud, un número de pacientes para la revisión de sus tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-AR) o captación y valoración en el programa de seguimiento (REFAR-EA).

3. La asignación de pacientes mensuales conlleva las siguientes tareas :
- a) Aplicación de los criterios de la población diana en los gestores automatizados
  - b) Selección del número de pacientes a revisar/contactar
  - c) Exportación/migración de los datos de los pacientes seleccionados al gestor de REFAR. En su defecto, impresión de los listados por facultativo o equipo clínico siguiendo modelo **(MNA Anexo VIII)**
  - d) Recepción en papel o alerta informatizada a los facultativos o equipos médicos de la información de pacientes a revisar o contactar
  - e) Revisión de la información de cada paciente a partir del Gestor de REFAR o de la información en soporte en papel. El Gestor de REFAR dispone de la información de los pacientes seleccionados así como facilita el acceso al historial farmacoterapéutico, a la Hoja de Seguimiento de REFAR así como al formulario de seguimiento y comunicación. El acceso a la información de los pacientes por el Gestor REFAR facilita la revisión de los tratamientos del paciente, capturando toda la información necesaria para las estadísticas del programa.
  - f) Envío de las estadísticas mensuales cuando no se disponga de la información mecanizada.
4. Las acreditaciones de jornadas formativas, así como los indicadores de cobertura y actividad del programa REFAR deberán ser ofertados progresivamente de forma automatizada por el Sistema de Información Sanitario Valenciano. No obstante, mientras no se dispongan de elementos informáticos de captura de la actividad, se utilizarán los formularios recogidos en los siguientes Anexos de documento MNA:
- Anexo VII: Acta de acción formativa
  - Anexo VIII: Registro mensual de revisiones
  - Anexo IX: Declaración de actividad del programa REFAR

Los Anexos VII y VIII se remitirán mensualmente, por los profesionales, a la Subcomisión de Seguimiento Departamental de REFAR (SSDR) archivándose como elemento acreditativo que permita asistir en las auditorías correspondientes de la Agencia Valenciana de Salud. La declaración de la actividad del programa REFAR se remitirá trimestralmente por SSDR a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud. Anualmente, el SSDR remitirá su memoria de actuaciones.

## **QUINTA. COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN**

1. A nivel de la Agencia Valenciana de Salud se constituirá una Comisión Corporativa de REFAR (CCR), a los efectos de agilizar la implantación del programa en la Agencia Valenciana de Salud así como la monitorización y evaluación del mismo. La Agencia Valenciana de Salud, a propuesta de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, designará un coordinador general del programa. Son funciones del CCR:

- a) establecer los criterios generales de actuación de REFAR
- b) revisar periódicamente el Marco Normalizado de Actuaciones (MNA)
- c) establecer los cauces generales de comunicación que permitan la relación fluida entre todos los profesionales que participan en el programa.
- d) establecer las directrices para que todos los profesionales utilicen la misma metodología y materiales educativos con la finalidad de transmitir un mensaje uniforme a la población y facilitar los cuidados del paciente entre los dos ámbitos de atención sanitaria.
- e) establecer el algoritmo corporativo de captación, valoración y seguimiento.
- f) establecer la Guía para seleccionar el SPD más idóneo.
- g) establecer los indicadores de evaluación de REFAR.
- h) fomentar la responsabilidad del paciente en sus cuidados, proporcionándole herramientas que mejoren su cumplimiento

terapéutico al tiempo que incide en la educación sanitaria como aspecto clave para conseguir un cambio en la conducta del individuo.

- i) monitorizar trimestralmente el desarrollo del Programa en los departamentos de salud
- j) evaluar semestralmente los resultados.
- k) aprobar la memoria anual del Programa.

2. En el marco del artículo 14 (programa REFAR) y del artículo 16 (coordinación de las actividades del espacio sociosanitario en los Departamentos de Salud) del Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria y del artículo 8 del Decreto 118/2010, de 27 de agosto, del Consell, por el que se ordenan y priorizan actividades de las estructuras de soporte para un uso racional de los productos farmacéuticos en la Agencia Valenciana de Salud, la coordinación y monitorización de las actividades relacionadas con la aplicación de las presentes Instrucciones se realizará tanto por la Dirección Médica, Dirección de Enfermería y servicios farmacéuticos de Área de Salud a través de las Comisiones de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios Departamentales (CURM).

3. En el ámbito Departamental se constituirá una Subcomisión de Seguimiento Departamental de REFAR (SSDR) que facilite la implantación, planificación, gestión y evaluación, a los efectos de agilizar la implantación del programa en el Departamento así como la monitorización y evaluación del mismo. La SSDR deberá observar los siguientes procedimientos comunes de funcionamiento:

a) Composición

- el Presidente de SSDR es el Director Médico de Atención Primaria del Departamento de Salud. En los Departamentos de Salud gestionados por Concesiones Administrativas, el Presidente será el Comisionado de la Agencia Valenciana de Salud, actuando el Director de

Atención Ambulatoria como Vicepresidente y director del programa.

- el Vicepresidente de SDDR es el Director de Enfermería de Atención Primaria del Departamento de Salud.
- El Subdirector operativo del programa será un Farmacéutico de Área de Salud (FAS)
- El Secretario de la subcomisión será un farmacéutico adscrito al programa REFAR (FREFAR)
- vocales:
  - dos médicos y dos enfermeros de atención primaria del departamento de salud a propuesta del director médico y de enfermería de atención primaria del departamento
  - un trabajador social del departamento de salud
  - el consultor SIA del departamento de salud
  - vocales designados por el gerente del departamento de salud.

#### b) Funciones de la SDDR

- implantar el Programa REFAR en el departamento de salud
- monitorizar trimestralmente el desarrollo del Programa en el departamento
- evaluar semestralmente los resultados. Esta actividad será desarrollada por el subdirector operativo del programa y el secretario de la Subcomisión.
- aprobar la memoria anual del Programa. Esta actividad será desarrollada por el subdirector operativo del Programa y el secretario de la Subcomisión
- planificar las sesiones de formación específicas de los profesionales que participan en REFAR
- coordinar las actividades de los distintos profesionales del departamento de salud en el marco de REFAR

c) Funcionamiento de SDDR

- las convocatorias tendrán una frecuencia trimestral, el mismo día que la convocatoria ordinaria de la CURM.
- corresponde al Presidente y Director de REFAR:
  - presidir las reuniones de la Comisión
  - elaborar, junto con el secretario las actas y el orden del día de las reuniones correspondientes
  - velar por la consecución de los objetivos asignados a la subcomisión
  - realizar cuantas funciones sean inherentes a su condición de presidente
  - en caso de ausencia, será sustituido por el Vicepresidente y Codirector de REFAR
- corresponde al Subdirector operativo de REFAR:
  - coordinar las acciones para la consecución de los objetivos asignados por la subcomisión
  - asistir en sus funciones al director y codirector de REFAR, sustituyéndoles en caso de vacante, ausencia o enfermedad
  - elaborar, junto con el secretario la memoria semestral del Programa
  - elaborar junto con el secretario la memoria anual del Programa
  - coordinar la formación de los profesionales en temas de actualización en farmacoterapia para el mejor seguimiento del Programa
- Corresponde al secretario:
  - efectuar la convocatoria de las reuniones por orden del Presidente y las citaciones correspondientes
  - redactar las actas de las reuniones

- expedir certificaciones de los dictámenes y acuerdos adoptados
  - redactar y firmar junto con el presidente la memoria anual del Comité, así como las funciones generales de secretario contempladas en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre
  - realizar cuantas otras funciones sean inherentes a su condición de secretario
- Son funciones de los vocales:
- asistir a las reuniones a las que hayan sido convocados
  - evaluar la documentación que reciban correspondiente a la posterior valoración por el Comité
  - realizar aquellas tareas que les sean asignadas por el Presidente
- d) Las reuniones se celebrarán previa convocatoria al efecto, que deberá realizarse al menos con siete días de antelación. Para la válida constitución del órgano, a efectos de celebración de sesiones, deliberaciones o toma de acuerdos, se requerirá la presencia del presidente, y del secretario, o, en su caso, de quien le sustituya, y de la mitad más uno de sus miembros. Todos los miembros asumen el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre lo tratado en la misma. Se realizará un acta de cada reunión en la que se hará constar los miembros asistentes. En tanto no se disponga de un dispositivo informatizado centralizado de seguimiento de las comisiones y comités enumerados en esta norma, será obligatorio remitir a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud copia de todas las actas. En lo no previsto expresamente en este artículo se aplicará lo dispuesto en



		utilización de medicamentos
REFAR-AR II	Enero-junio 2012	Presentación en la CURM de la revisión de dos subgrupos terapéuticos (variables de interés para la seguridad en la utilización de medicamentos)
	Septiembre-diciembre 2012	Presentación en la CURM de la revisión de dos subgrupos terapéuticos (variables de interés para la seguridad en la utilización de medicamentos)
REFAR-AR III	Enero-julio 2012	Revisión (gestor A/S) del impacto de los tratamientos de las alertas de seguridad de medicamentos de uso humano de 2011 en los pacientes del departamento. (FAS y FREFAR)
	Septiembre-diciembre 2012	Revisión (gestor AS) impacto de los tratamientos de las alertas de seguridad de medicamentos de uso humano del primer semestre de 2012 en los pacientes del departamento. (FAS y FREFAR)
REFAR-AR IV	Enero-julio 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar (gestor MI) 25 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar (gestor S/S) 25 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 50 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar 100 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR para los seis servicios de atención especializada con mayor impacto en prescripción ambulatoria para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar 100 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en las residencias de tercera edad para su revisión antes del 31 de julio por FREFAR</li> </ul>
	Septiembre-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar (gestor MI) 15 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar (gestor S/S) 15 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 20 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar 50 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en los 6 servicios de atención</li> </ul>

el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

4. Los FAS y FREFAR, en el ámbito departamental, mantendrán reuniones periódicas con enfermeros y médicos de centros sanitarios, sociosanitarios, así como con los farmacéuticos responsables de botiquines, depósitos de medicamentos, servicios de farmacia y oficinas de farmacia para monitorizar el funcionamiento de los procedimientos y programas establecidos en las presentes Instrucciones.

#### SEXTA. CALENDARIO REFAR 2012

1. A los efectos de alcanzar una implantación uniforme en toda la Agencia Valenciana de Salud, las Gerencias departamentales observarán el cumplimiento de los siguientes hitos, que implican la revisión de, al menos, 22.000 pacientes en atención especializada, 300.000 pacientes en atención primaria y 4.500 pacientes en residencias concertadas de tercera edad:

CCR	Diciembre 2011-enero 2012	Constitución de la Comisión Corporativa de REFAR. Revisión del MNA para 2012.
SSDR	Diciembre 2011-enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Constitución de las Subcomisiones de seguimiento departamentales de REFAR. Revisión de los subprogramas AR y EA. Planificación de cursos de formación y actividades para 2012</li> <li>➤ Revisión anual del circuito de alertas y comunicación de pacientes a revisar</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 5 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> </ul>
REFAR-AR I	Enero-noviembre 2012	Cursos de formación a profesionales sanitarios en los instrumentos de seguridad "on line": Mpre, Mdis, Hoja de seguimiento de REFAR y Entorno de registro de acontecimientos adversos
	Enero-noviembre 2012	Cursos de formación profesionales sanitarios en los instrumentos "off line" de revisión de la

		<p>especializada con mayor impacto en prescripción ambulatoria para su revisión antes del 31 de diciembre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar 50 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en las residencias de tercera edad para su revisión antes del 31 de diciembre por FREFAR</li> </ul>
REFAR-AR V	Enero-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Remitir perfil de seguridad anual a médicos jubilados</li> <li>➤ Remitir perfil de seguridad anual a médicos de empresa y servicios de prevención</li> </ul>
REFAR-EA	Diciembre-enero 2012	Discriminación, depuración y organización del calendario de entrevistas en cada zona básica de salud
	Enero-julio 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección y oferta a 60 pacientes crónicos y polimedcados de la incorporación al programa de evaluación y seguimiento por el equipo de atención primaria.</li> <li>➤ Incorporación de pacientes a programas de seguimiento farmacoterapéutico: entrevistas y cesión de SPD</li> </ul>
	Septiembre-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección y oferta a 40 pacientes crónicos y polimedcados de la incorporación al programa de evaluación y seguimiento por el equipote atención primaria</li> <li>➤ Incorporación de pacientes a programas de seguimiento farmacoterapéutico: entrevistas y cesión de SPD</li> </ul>
REFAR	Diciembre-abril 2012	Presentación de REFAR en centros de salud y municipios del departamento de salud
	Abril 2012	Envío de indicadores de cobertura y actividad del primer trimestre 2012 por todos los SDDR
	Septiembre 2012	Envío de indicadores de cobertura y actividad a julio 2012 por todos los SDDR
	Diciembre 2012	Revisión por CCR del Marco Normalizado de Actuaciones (MNA) para REFAR 2013
	Enero 2013	Envío de indicadores de cobertura, actividad y Memoria Anual de REFAR Departamental en 2012
	Febrero 2013	Memoria REFAR 2012 por CCR

## SEPTIMA. ENTRADA EN VIGOR

La presente instrucción entrará en vigor a partir del 21 de diciembre de 2011.

**Valencia, 15 de diciembre de 2011**

**LA SECRETARIA AUTONÓMICA DE LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD**

**Fdo: Manuela Garcia Reboll**



Continuará el estudio de los medicamentos de uso humano  
eteráneos. Asimismo, la Agencia de la Salud  
debe tener en cuenta la experiencia de otros países  
evitando terapias perjudiciales para la salud,  
supervivencia y promoción de la salud.

De igual forma, se debe tener en cuenta la experiencia de otros países.

# **DOCUMENTO I**

## **REFAR**

### **Programa de revisión y seguimiento de la farmacoterapia**

#### **Marco Normalizado de Actuaciones (MNA)**

**2012**

**Dirección General de Ordenación y Asistencia Sanitaria**  
**Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios**  
**Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de Salud**  
**Conselleria de Sanitat**

# **INDICE**

- 1. Ideas clave y definiciones**
- 2. Programas de revisión de medicamentos y sistemas personalizados de dosificación**
- 3. Marco general de la atención farmacéutica a pacientes crónicos y polimedcados en el Sistema Nacional de Salud**
- 4. REFAR en la Agencia Valenciana de Salud**
  - 4.1 Objetivos generales**
  - 4.2 Objetivos específicos**
  - 4.3 Población diana**
  - 4.4 REFAR-AR y REFAR-EA: Captación, valoración y seguimiento**
  - 4.5 Profesionales implicados. Actividades**
    - 4.5.1 Médicos**
    - 4.5.2 Enfermería**
    - 4.5.3 Farmacéuticos**
    - 4.5.4 Trabajadores Sociales**
    - 4.5.5 Auxiliares SAD/ cuidadores (ASAD/ CUID)**
    - 4.5.6 Oficinas de Farmacia**
  - 4.6 Promoción de REFAR en el Departamento**
  - 4.7 Formación específica de los profesionales**
  - 4.8 Programas sinérgicos y de soporte**
  - 4.9 Recursos**
    - 4.9.1 Recursos humanos**
    - 4.9.2 Recursos materiales**

#### **4.9.3 Sistema de información**

#### **4.10 Cronograma**

#### **4.11 Evaluación y monitorización**

##### **4.11.1 Indicadores de cobertura**

##### **4.11.2 Indicadores de actividad**

##### **4.11.3 Indicadores de satisfacción del programa**

### **5. Anexos**

**ANEXO I: Hoja de información al paciente y consentimiento informado**

**ANEXO II: Formulario para el registro informatizado en REFAR. Hoja de seguimiento de REFAR en SIA**

**ANEXO III: Cuestionarios para la valoración de la capacidad del paciente para la organización de las tomas diarias de la medicación**

- cuestionario de Barber
- test de Pfeiffer
- test de Morisky-Green Levine

**ANEXO IV: Esquema para la selección del sistema personalizado de dosificación**

**ANEXO V: Informe gráfico de tratamientos**

**ANEXO VI: Seguimiento Farmacoterapéutico**

**ANEXO VII: Acta de acción formativa**

**ANEXO VIII: Registro mensual de revisiones**

**ANEXO IX: Declaración de actividad del programa REFAR**

## 1. IDEAS CLAVE Y DEFINICIONES

\*\*\*El concepto de **polimedicación** se define como la situación en la cual se prescriben o se toman varios medicamentos.

\*\*\* En las situaciones de **polimedicación** podemos apreciar un mayor riesgo de:

- ❖ Utilización inadecuada.
- ❖ Reacciones adversas a medicamentos.
- ❖ Incumplimiento (un 40% de los pacientes no realizan las tomas de medicación de manera adecuada).
- ❖ Resultados negativos con los medicamentos (RNM) y problemas relacionados con los medicamentos (PRM) no siempre fácilmente detectables.

\*\*\* En la Comunitat Valenciana hay un elevado número de personas que toman varios medicamentos simultáneamente (datos junio de 2011; estimaciones a partir de tratamientos de Abucasis):

Número de tratamientos	Pacientes
1	486.149
2	337.195
3	244.709
4	191.825
5	155.397
6	127.350
7	102.447
8	80.683
9	61.289
10	46.343
11	33.252
12	23.182
13	15.959
14	10.657
>15	18.671
<b>Total</b>	<b>1.935.106</b>



\*\*\* El envejecimiento progresivo de la población eleva la frecuencia de **personas mayores con dificultades para la comprensión y la toma correcta** de los tratamientos farmacológicos por:

- ❖ dificultades sensoriales (visuales, auditivas).
- ❖ dificultades de manipulación.
- ❖ dificultades cognitivas.

\*\*\* Un **sistema personalizado de dosificación (SPD)** es un envase especial, que permite ordenar la medicación que ha de recibir un usuario durante un tiempo, teniendo en cuenta dosis y horarios, para facilitar la correcta administración de la misma; además evita que el usuario tenga que manipular múltiples envases, reuniendo toda la medicación que ha de tomar, debidamente organizada, en uno solo.

\*\*\* **REFAR** se diseña como un programa que coordine la actuación de todos los profesionales sanitarios que participan en el cuidado farmacoterapéutico del paciente (farmacéuticos, enfermeros, médicos,...) - con la puesta en marcha de medidas, de eficacia probada:

- ❖ Revisión sistemática de los tratamientos.
- ❖ Revisión y seguimiento del uso de los fármacos y productos sanitarios.
- ❖ Educación sanitaria.
- ❖ Utilización de medios de apoyo al cumplimiento terapéutico.
- ❖ Revisión por parte de los profesionales sanitarios, de manera conjunta con los pacientes y sus familiares, en las consultas o en sus domicilios.

## **2. PROGRAMAS DE REVISIÓN DE MEDICAMENTOS Y SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN**

La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

Los objetivos de buen control de las enfermedades crónicas y de los factores de riesgo tratables farmacológicamente (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc.) no son alcanzados por gran parte de los pacientes en tratamiento. Se estima que más del 50% de los medicamentos prescritos no se toman como se prescriben, situando como la principal causa de esta situación la falta de cambios en el estilo de vida y la baja adherencia a los tratamientos crónicos. La adherencia disminuye de forma significativa a medida que aumenta el número de fármacos que debe tomar el paciente de forma prolongada, así como con el envejecimiento y con la disminución de la capacidad funcional.

Aproximadamente un tercio de los ingresos hospitalarios son debidos a resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y a problemas relacionados con los medicamentos (PRM) que podrían ser evitables mejorando la atención en el seguimiento terapéutico, prescripción y dispensación de los fármacos. Estos RNM y PRM son mucho más frecuentes a medida que aumenta el número de medicamentos prescritos. Los problemas relacionados con la medicación son mas frecuentes en los ancianos, entre los que destacan la polimedicación, la automedicación, el mal uso de fármacos (errores de

dosificación, no adherencia terapéutica o incumplimiento y uso de fármacos inadecuados), la duración del tratamiento y la pluripatología del paciente, las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas a los medicamentos (RAM).

Diferentes fuentes definen la polimedicación como la situación en la cual se prescriben o se toman varios medicamentos. En las situaciones de polimedicación podemos apreciar un mayor riesgo de utilización inadecuada, reacciones adversas a medicamentos, incumplimiento (un 40% de los pacientes no realizan las tomas de medicación de manera adecuada), resultados negativos con los medicamentos (RNM) y problemas relacionados con los medicamentos (PRM) no siempre fácilmente detectables.

La polimedicación se conceptúa como el consumo de cinco o más fármacos lo que origina un mayor riesgo de utilización inadecuada, de interacciones, de reacciones adversas a medicamentos y un factor de riesgo independiente de la mortalidad en los ancianos. El número específico de medicamentos no es en si mismo indicativo ya que todos los medicamentos pueden ser clínicamente necesarios y apropiados para el paciente; sin embargo, a medida que aumenta el número de medicamentos prescritos, también lo hacen las posibilidades de presentarse problemas relacionados con el uso de medicamentos.

Los programas de revisión de medicamentos consisten en la revisión sistemática por parte de un profesional sanitario de todos los medicamentos, productos homeopáticos o fitoterapia que utilizan los usuarios para cuidar su salud, con el fin de realizar las intervenciones necesarias que den lugar a una mejora en la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos proyectos han proporcionado muy buenos resultados en la detección y resolución de

problemas asociados con los medicamentos. Hay Servicios de Salud europeos que consideran obligatorio hacer una revisión semestral de los pacientes con más de 75 años que tomen más de cuatro medicamentos.

Los programas de revisión se plantean inevitablemente como multidisciplinarios, tratando de aunar los esfuerzos de los profesionales sanitarios que deben estar implicados, tanto en la facilitación del seguimiento de los planes de tratamiento por parte de los usuarios, como en la prevención de los problemas derivados de dichos planes. Los programas pueden contemplar que todos los pacientes a los que se detecte dificultad para el seguimiento de los tratamientos dispongan de un plan de actuación, tratando de aunar los esfuerzos de los profesionales sanitarios y sociosanitarios implicados, tanto en la facilitación del seguimiento de los planes de tratamiento por parte de los usuarios, como en la prevención de los potenciales problemas derivados de dichos planes. Y todo ello dirigido especialmente a las personas que presentan mayores dificultades.

Un sistema personalizado de dosificación (SPD) es un envase especial, que permite ordenar la medicación que ha de recibir un usuario durante un tiempo, teniendo en cuenta dosis y horarios, para facilitar la correcta administración de la misma; además evita que el usuario tenga que manipular múltiples envases, reuniendo toda la medicación que ha de tomar, debidamente organizada, en uno solo.

El SPD puede ser utilizado por cualquier persona responsable que demuestre la capacidad suficiente. La máxima garantía se obtiene cuando es un profesional sanitario el que se encarga de su preparación. La participación del farmacéutico en esta labor es un acto post-dispensación, puesto que el usuario

libremente informado decide entregar su medicación al profesional para que le facilite el cumplimiento de acuerdo a un protocolo previamente aprobado.

En los programas de uso racional del medicamento se puede plantear el ofrecimiento de SPD a los usuarios que tras valoración por profesionales sanitarios y sociosanitarios, se vean beneficiados de su utilización. La preparación de los dispositivos podrá correr a cargo de un cuidador responsable y capacitado, cuando exista, de los profesionales de ayuda a domicilio tras recibir la formación oportuna, o bien a cargo de otros profesionales sociosanitarios.

La utilización de SPD está encuadrada, pues, dentro de un conjunto de actividades incluidas en los programas dirigidos a la mejora del seguimiento terapéutico, prevención de problemas derivados del tratamiento y utilización racional del Sistema de Salud en su conjunto.

### **3. MARCO GENERAL DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CRÓNICOS Y POLIMEDICADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Los programas de atención farmacéutica a los pacientes crónicos y polimedicados, en el marco de las políticas comunes del Sistema Nacional de Salud, observan los siguientes objetivos:

- ❖ Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos polimedicados.
- ❖ Revisión de la medicación y detección de problemas derivados del uso de medicamentos.
- ❖ Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamentos.

### 4.4. El seguimiento programado

Los programas se dirigen a los pacientes que toman 6 o más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a 6 meses. Se propone realizar un seguimiento semestral de los tratamientos de los pacientes incluidos en los programas junto con las siguientes actuaciones:

- ❖ Control y seguimiento de tratamientos y de pautas posológicas: a través de los sistemas de información, se realizará un seguimiento de los pacientes que cumplan las condiciones para ser incluidos en el programa. De forma personalizada se revisarán los tratamientos y pautas posológicas de los medicamentos prescritos y la utilización de medicamentos no prescritos, comprobando los conocimientos del paciente en el manejo de su medicación.
- ❖ Control de eficacia y eficiencia de los tratamientos, mediante la revisión periódica de los tratamientos y adecuación a la patología y condiciones clínicas del paciente, en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad.
- ❖ Detección de posibles efectos adversos y de errores de medicación, mediante la revisión de tratamientos y entrevistas personalizadas, con especial atención a contraindicaciones e interacciones.
- ❖ Educación sanitaria a los pacientes en el manejo de su medicación y adhesión al tratamiento facilitando la información adecuada y completa sobre medicamentos y sus pautas posológicas.
- ❖ Evitar acumulación de medicamentos sin usar, y retirar medicamentos ya caducados.
- ❖ Ayuda al cumplimiento mediante apoyo presencial facilitando la ayuda precisa en cada caso para la mejora del cumplimiento. Estas medidas comprenden la simplificación de la pauta posológica, entrega de hojas de medicación explicativas o sistemas de dosificación personalizada.

Anualmente se realiza una evaluación de los resultados obtenidos por el desarrollo del Programa que deben ser recogidos en un informe final, con la finalidad de valorar los beneficios obtenidos por los pacientes a través de las actuaciones realizadas, pudiendo realizar valoraciones específicas de las incidencias observadas: falta de adherencia, necesidad de medicación adicional, medicamentos innecesarios, reacciones adversas, dosis bajas o demasiado elevadas.

#### **4. REFAR EN LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD**

La bibliografía ya referencia que el gasto de farmacia se concentra en pocos consumidores: el 5% de la población consume el 46% de los recursos farmacéuticos. La implementación de un servicio de revisión de la farmacoterapia focalizada en la adecuación de la prescripción, incidiendo en la no utilización de medicación inapropiada produce ahorro neto. La medicación inapropiada se calcula, en mayores de 65 años, cercana al 30 %. La cifra de una reducción de 200.000 euros anuales por cada 1.000 pacientes resulta un escenario plausible.

La población mayor de 65 años acumula prácticamente el total de crónicos polimedicados. El 16 % de la población valenciana se encuentra en este conjunto, aproximadamente 830.000 ciudadanos. Se plantea como objetivo para 2012 la revisión de, al menos, 300.000 pacientes en atención primaria, 4.500 pacientes en residencias concertadas de tercera edad y 22.000 pacientes en atención especializada y que podría suponer una reducción de costes anuales que podrían superar 40 millones de euros. La estimación supone que anualmente cada Departamento monitorice, al

menos, 13.000 pacientes, aproximadamente 150 pacientes en cada cupo de medicina de familia (revisar 12 pacientes cada mes).

REFAR en 2012 se articula sobre dos líneas de actuación:

- a) Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de farmacoterapia (REFAR-AR)
- b) Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA)

#### **4.1 Objetivos generales:**

- ❖ Revisión de la medicación y detección de problemas derivados del uso de medicamentos.
- ❖ Favorecer la efectividad y adherencia terapéutica a los tratamientos de los pacientes polimedicados crónicos.
- ❖ Favorecer la consecución de los objetivos planteados en el control de la enfermedad por los distintos programas dirigidos a enfermos crónicos y en el de factores de riesgo que precisen tratamiento farmacológico.
- ❖ Detectar las necesidades sociales explícitas o encubiertas de los pacientes con dificultades para el seguimiento correcto de los tratamientos y establecer si es necesario un plan de actuación social.
- ❖ Mejorar la salud y el bienestar de la población mediante el cumplimiento de los objetivos anteriores.

#### **4.2 Objetivos específicos:**

- ❖ Detección de posibles RNM y PRM e informar de los mismos a los facultativos responsables de la prescripción.



- ❖ Incrementar la efectividad y la eficiencia de los tratamientos farmacológicos prescritos.
- ❖ Identificar a los pacientes con mayor dificultad para el seguimiento de los tratamientos crónicos, sobre todo en aquellos que presenten:
  - Problemas de tipo sensorial, cognitivo o de manipulación.
  - Polimedicación.
  - Tratamientos con posología variable, (dosis alternas o irregulares).
  - Dificultades sociales que interfieran en el correcto cumplimiento de los tratamientos.
- ❖ Comprobar si los usuarios conocen la utilidad de los medicamentos, las precauciones que deben adoptar con ellos y si cumplen las pautas dadas por el médico.
- ❖ Realizar una supervisión periódica del grado de adherencia al tratamiento y de las dificultades que tienen los pacientes incluidos en el seguimiento de dicho tratamiento.
- ❖ Retirar los medicamentos caducados de los botiquines, adecuar las presentaciones farmacéuticas a los tratamientos vigentes del historial farmacoterapéutico.
- ❖ Suministrar la medicación en SPD a los usuarios que puedan beneficiarse de estos dispositivos

### **4.3 Población Diana**

Constituyen la población diana anual de REFAR:

- ❖ Pacientes crónicos con mayor número de tratamientos prescritos activos por cupo de medicina de familia. En función de los medios disponibles se acotará la población diana por patología y edad.
- ❖ Adicionalmente, se prestará una especial atención a:
  - pacientes en residencias sociosanitarias.

- pacientes con dispensaciones de medicamentos calificados de uso hospitalario y con alta hospitalaria.
  - pacientes incluidos en los servicios de atención domiciliaria.
  - pacientes usuarios de los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia.
- ❖ Podrá ser incluido en el subprograma REFAR-AE cualquier paciente donde se detecte dificultades de cumplimiento terapéutico y sean susceptibles de mejora si se incluyen en el subprograma.
- ❖ Se considerará un paciente incluido en REFAR:
- Modalidad REFAR-AR: pacientes cuya historial farmacoterapéutico ha sido revisado siguiendo las directrices y señales automatizadas que seleccionan coyunturalmente un conjunto de ciudadanos con una características comunes.
  - Modalidad REFAR-EA: pacientes que han sido entrevistados para la valoración de la adherencia y eficiencia terapéutica y expresan su conformidad para participar en el subprograma, siendo necesario recoger el consentimiento por escrito.

#### **4.4 REFAR-AR y REFAR-EA: captación, valoración y seguimiento**

##### **4.4.1 REFAR-AR y REFAR-EA**

El Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR) agrupa las acciones y actuaciones propuestas a nivel corporativo (generados desde los servicios centrales de la Agencia Valenciana de Salud) o departamental en materia de:

- a) alertas de medicamentos y productos sanitarios de uso humano
- b) revisiones de utilización de medicamentos

- c) formación en las herramientas informáticas de prescripción, dispensación y análisis de la utilización de medicamentos.
- d) revisión de las bases de las bases de datos de soporte a los Instrumentos *on line* y *off line* de asistencia en la seguridad, efectividad y eficiencia en la prescripción , dispensación y análisis de la utilización de productos farmacéuticos.

Los listados de los pacientes, potencialmente susceptibles de entrar en el subprograma REFAR-AR serán generados desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios o en los Departamentos de Salud y revisados por profesionales sanitarios, especialmente médicos y farmacéuticos. Para estas tarea deberán estar mecanizados los Anexos VIII (listados de pacientes a revisar) y VI ( evaluación y seguimiento farmacoterapéutico).

El Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA) agrupa las acciones protocolizadas en relación al seguimiento de pacientes crónicos y polimedicados en materia de:

- a) captación
- b) valoración
- c) seguimiento

#### 4.4.2 Captación

El sistema de información sanitario de la Agencia Valenciana de Salud facilitará el acceso a los pacientes según los criterios corporativos determinados en REFAR-EA.

Los listados de los pacientes, potencialmente susceptibles de entrar en el subprograma REFAR-EA serán generados desde la Dirección General de

Farmacia y Productos Sanitarios o en los Departamentos de Salud (**Anexo VIII**). Se realizará una captación activa desde los equipos de atención primaria en cada Centro de Salud (mediante contacto telefónico o cualquier medio que se considere pertinente), a partir de los listados de la población diana seleccionada.

En el primer contacto telefónico (o por otro medio) se informará al paciente del subprograma, invitándole a formar parte del mismo, se concertará una primera cita y se le informará previamente del contenido de la entrevista, solicitándole que asista, si es posible, acompañado de otra persona (cuidador, familiar, etc), y traiga consigo todos los medicamentos que tenga en su domicilio (incluidos productos dermatológicos, colirios, medicamentos homeopáticos, hierbas medicinales, etc), así como con los informes recientes de especialistas, en su caso.

En los supuestos de pacientes inmovilizados, la entrevista se realizará en el domicilio.

Además, se realizará una captación pasiva a través de los medios de comunicación para lo cual se diseñará una campaña específica.

Desde los Centros de Salud se tendrá que citar a los servicios de Atención social domiciliaria de los diferentes Ayuntamientos para poner en su conocimiento la existencia del Programa por si se requiere la participación de alguno de sus miembros

#### 4.4.3 Valoración

La primera cita se desarrollará, normalmente, por el personal de enfermería y en ella se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- A los pacientes se les informará de las características del programa de forma verbal y por escrito a través de la hoja informativa del programa (**Anexo I**), documento base para el consentimiento informado.
- Se les entregará una bolsa del subprograma para incluir toda la medicación (cuando se encuentre disponible).
- Se registrarán las diferentes actividades realizadas en la entrevista en la Hoja de Seguimiento de REFAR de Abucasis (**Anexos II y VI**)
- Se revisarán todos los medicamentos (**Anexo II**) completando los aspectos correspondientes del formulario de la Hoja de Seguimiento de REFAR (**Anexo II**):
  - Se cotejarán todos los medicamentos, presentación farmacéutica y posología con el tratamiento vigente. Se reflejará especialmente los medicamentos que no figuren registrados en la historia clínica.
  - Se hará constar las incidencias relacionadas con los medicamentos: si la adherencia es suficiente o no, si sabe para qué se lo toma, cómo se siente, cuánto y cómo se lo toma, si tiene algún problema al tomarlo y desde cuándo. Respecto a los medicamento se valorará:
    - El nivel de conocimiento en relación con cada medicamento expresado por el paciente.
    - El nivel de adherencia como suficiente.
    - Si pertenece o no al tratamiento que actualmente tiene prescrito el paciente

- Si se propone retirar algún medicamento. Se retirarán los medicamentos caducados, los tratamientos antibióticos sin terminar y todos los medicamentos que en la actualidad los pacientes no tomen, a excepción de los analgésicos prescritos y en activo
- Se asegurará que queda claro cuál es el tratamiento a seguir. En caso de que el paciente no conozca el correcto uso de los medicamentos, se le explicará para qué fueron prescritos, la forma correcta de tomarlos y las precauciones que debe tomar. Entregará, en su caso, al paciente el informe gráfico de tratamientos (**Anexo V**), que servirá de guía para el seguimiento de la medicación.
- Solicitará la participación de un farmacéutico (FAP o FREFAR) o el médico de atención primaria (MAP) en los casos de complejidad farmacológica y en los que tenga dudas. Si pudiese existir algún Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM) o Problema de salud Relacionado con Medicamentos (PRM) estos serán puestos en conocimiento del MAP que valorará y adecuará el tratamiento teniendo en cuenta la información obtenida. En el marco del programa REFAR se impartirá formación para reforzar los conocimientos acerca de los principales problemas relacionados con los medicamentos que deben poder detectar en relación con los tratamientos crónicos.
- Se realizará una valoración cognitiva y social del paciente y su entorno (**Anexo III**) con el fin de detectar si el paciente requiere instrumentos que le ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico: etiquetas identificativas en las cajas de los medicamentos, sistemas personalizados de dosificación (SPD) reciclables, o SPD de un solo uso. También es

importante la valoración de un posible déficit oftalmológico, auditivo o destreza manual que dificulte la adherencia al tratamiento:

- Como primera aproximación al grado de dependencia del paciente se utilizará el cuestionario de Barber.
- Para la evaluación cognitiva se utilizará el test de Pfeiffer sin perjuicio de la realización de otros test más específicos que se realizan habitualmente en la práctica clínica (Escala de Lawton y Brody, Minimental, Katz, etc).
- La adherencia al tratamiento se valorará mediante el test de Morisky-Green-Levine

La realización de los tests sirve de guía para poder seleccionar el tipo de ayuda más adecuada para cada paciente.

- Valoración global del paciente y elección del sistema más adecuado de dosificación de la medicación (**Anexo IV**)
  - Los SPD serán preparados, según el caso, por el paciente, su cuidador, por el personal de ayuda domiciliaria o por las oficinas de farmacia que pudieran adherirse voluntariamente al subprograma.
- Derivación al médico. En la medida de lo posible se intentará que la revisión de tratamientos por el médico, se efectúe a continuación de la valoración de enfermería con el fin de evitar una nueva cita al paciente.
  - El médico procederá a la revisión de la documentación cumplimentada por enfermería y tras la revisión de la historia farmacoterapéutica decidirá si se han de modificar o no los tratamientos pautados.
  - Entregará, en su caso, al paciente el informe gráfico de tratamientos (**Anexo V**), que servirá de guía para el seguimiento de la medicación pautada en el periodo de tratamiento establecido

Todos los Anexos del subprograma están incluidos en Sistema de Información Ambulatorio (**Anexos II y VI**) para facilitar el seguimiento de los pacientes incluidos en REFAR por todos los profesionales implicados en función de su perfil.

#### 4.4.4 Seguimiento

Se llevará a cabo por el personal de enfermería, derivando el paciente al médico en los casos necesarios.

Actividades de seguimiento:

- Educación sanitaria
- Revisión de la preparación del SPD y análisis de las posibles incidencias que se hayan podido detectar.
- Entrevista sistematizada donde se cumplimentará el formulario de seguimiento del paciente (**Anexo II**). Cuando del resultado de la entrevista se detecten problemas con el uso de medicamentos (duplicidades, RAM....) se derivará el paciente al médico para su valoración.

Según el paciente las actividades consistirán en:

- Paciente que presenta buena adherencia al tratamiento y que no necesita ayuda en la preparación de la medicación: se le citará al año. A la visita deberá llevar toda la medicación que toma y se cumplimentará el formulario de seguimiento del paciente (**Anexo II**).
- Paciente que presenta baja adherencia al tratamiento (etiquetas en cajas de medicamentos) y que no necesita ayuda en la preparación de la medicación con sistemas especiales de dosificación: se les citará al



mes, a los 6 meses y al año. A la visita deberá llevar toda la medicación que toma y se cumplimentará el formulario de seguimiento del paciente (**Anexo II**)

- Paciente al que se le entrega el SPD: se concertará una primera cita de seguimiento al paciente y/o cuidador en los 7 días siguientes a la entrega de SPD, para ver si están cumpliendo el tratamiento y usando bien el dispositivo SPD, al mes, a los seis meses y al año. A la visita deberá llevar la medicación que toma, se cumplimentará el formulario de seguimiento del paciente (**Anexo II**) y se completará con educación sanitaria

#### **4.5 Profesionales implicados. Actividades.**

##### **4.5.1 Médicos:**

La revisión de los tratamientos se considera uno de los pilares básicos de REFAR. Comprende una reflexión profunda sobre la idoneidad de cada medicamento en términos de eficacia, seguridad y coste/efectividad. En este sentido participaran en:

- ❖ Revisar los tratamientos de cada paciente incluido en el programa, con el objetivo de prevenir, detectar y resolver los posibles RNM y PRM, haciendo constar en la historia clínica las distintas actuaciones. Si es necesario se citará al paciente para una entrevista en el subprograma REFAR-EA.
- ❖ Valorar las propuestas de actuación acerca de los RNM Y PRM detectados.
- ❖ Prescribir los tratamientos y realizar los ajustes necesarios tras la información recibida del resto de profesionales.

#### **4.5.2 Enfermería:**

- ❖ Programar y realizar la primera entrevista con los pacientes seleccionados en el subprograma REFAR-EA.
- ❖ Acceder a la hoja de seguimiento de REFAR en el contexto de la entrevista:
  - Realizar el proceso de valoración en el marco de REFAR-EA.
  - Solicitar la participación del farmacéutico (FAP o FREFAR) o el médico en los casos de complejidad del tratamiento.
  - Detección y comunicación de problemas relacionados con el tratamiento farmacológico.
- ❖ Realizar una valoración cognitiva y social del paciente y su entorno con el fin de detectar si el paciente requiere instrumentos que le ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico: etiquetas identificativas en las cajas de los medicamentos, sistemas personalizados de dosificación (SPD) reciclables, o SPD de un solo uso. También es importante la valoración de posibles déficits oftalmológicos, auditivos o destreza manual que dificulte la adherencia al tratamiento. La realización de los test sirven de guía a la enfermera para que pueda seleccionar el tipo de ayuda más adecuada para cada paciente.
- ❖ Citas de Seguimientos a los pacientes incluidos en el programa.

#### **4.5.3 Farmacéuticos de Área de Salud (FAS) y Farmacéuticos adscritos al programa REFAR (FREFAR):**

Los farmacéuticos realizarán las siguientes actividades:



- ❖ Discriminar y depurar los listados de pacientes que cumplan los criterios de inclusión en REFAR en sus dos modalidades REFAR-EA y REFAR-AR.
- ❖ Revisar los tratamientos de pacientes incluidos en el programa, con el objetivo de prevenir, detectar y resolver los posibles RNM y PRM, haciendo constar en la historia clínica las distintas actuaciones y si es necesario se citará al paciente para una entrevista.
- ❖ Entrevistar o valorar a los pacientes que sean remitidos por especial complejidad en su farmacoterapia.
- ❖ Analizar el conjunto de RNM y PRM detectados en cada Departamento de Salud. Además iniciará las actuaciones que considere oportunas como es: información, formación, elaboración de protocolos y/o reuniones con los equipos de atención primaria

#### **4.5.4 Trabajador Social:**

- ❖ Captación de población diana
- ❖ Aperturar la historia social
- ❖ Establecer un plan de actuación social
- ❖ Coordinación con otros recursos sociales y sociosanitarios
- ❖ Movilización de los recursos sociosanitarios que contribuyan a la consecución del plan de intervención
- ❖ Información de los auxiliares de ayuda a domicilio

#### **4.5.5 Auxiliares de Enfermería:**

- ❖ Apoyo al proyecto e información a los usuarios

- ❖ Participación en las actividades que se establezcan de REFAR en su organización interna.

#### **4.5.6 Auxiliares SAD/ Cuidadores (ASAD/CUID):**

- ❖ Preparación de los SPD
- ❖ Información sobre los posibles problemas con la medicación que pudiesen surgir

#### **4.5.7 Oficinas de Farmacia o establecimientos adecuados (OF):**

- ❖ Información del programa a los usuarios
- ❖ Preparación de SPD
- ❖ Realización de seguimiento farmacoterapéutico en los casos que acuerden con el usuario
- ❖ Captación de la Población Diana

### **4.6 Promoción de REFAR en el Departamento**

El equipo directivo del departamento de salud y la Subcomisión de seguimiento departamental de REFAR (SSDR) planificará al menos:

- Sesiones informativas y de seguimiento del programa en todos los centros sanitarios y municipios del departamento
  - Colaboración con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios en la difusión del Programa a los ciudadanos mediante las correspondientes campañas publicitarias, dípticos y carteles del programa
- de la medicación incluida en el programa

## **4.7 Formación específica de los profesionales sanitarios**

La SDDR planificará las acciones formativas y serán llevadas a cabo anualmente. La formación constituirá una de las actividades prioritarias a desarrollar por el FAS y FREFAR. Los contenidos generales de la programación formativa incluirán el siguiente contenido:

- **Profesionales de enfermería:** (duración aproximada de 6 horas) tres sesiones de formación de 2 horas con los siguientes contenidos:
  - Desarrollo de la entrevista. Contenidos. Técnicas de comunicación
  - RNM, PRM y RAM. Concepto. Tipos. Principales RNM y PRM detectables por el profesional de enfermería
  - SPD. Tipos. Características de cada uno de ellos. Ventajas e inconvenientes. Tipo de pacientes beneficiados con cada SPD. Precauciones que han de tener los encargados de su preparación
  - Cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento
  - Medicamentos: presentaciones y dosificación
  - Visitas de seguimiento. Integración en los principales programas de atención a enfermos crónicos
  - Integración en el servicio de Atención Domiciliaria y otros programas de salud
  - Metodología de enfermería aplicada al seguimiento farmacoterapéutico que debe realizar el profesional de enfermería, adecuada a su nivel de conocimientos, como parte fundamental de la Atención de enfermos crónicos
  - Utilización de las utilidades de REFAR en el Sistema de Información Sanitario de la Agencia Valenciana de Salud

- **Médicos:** (Duración aproximada de 6 horas), sesiones de formación, con los siguientes contenidos principales:
  - Seguridad en el paciente
  - RNM y PRM. Concepto, tipos y declaración
  - RNM y PRM más comunes en el tratamiento crónico de los procesos más frecuentes, orientado a prescripción
  - Concepto de seguimiento farmacoterapéutico
  - Utilización de las herramientas REFAR en el Sistema de Información sanitario de la Agencia Valenciana de Salud
- **Farmacéuticos de Área de Salud, Farmacéuticos adscritos a REFAR y Farmacéuticos Comunitarios** (duración aproximada de 6 horas)

Para los Farmacéuticos Comunitarios se determinará, junto con el Colegio Oficial de Farmacéuticos provincial, el grado y ámbito de participación en REFAR, así como la posible formación a recibir. En todo caso, los farmacéuticos comunitarios pueden participar en las actividades formativas organizadas departamentales, con la simple comunicación a la Dirección Departamental de REFAR.

La formación de los Farmacéuticos de Área de Salud y Farmacéuticos adscritos a REFAR tendrán los siguientes contenidos:

- Seguimiento farmacoterapéutico y detección de RNM y PRM. Sistemas de declaración. Actuaciones en función de los RNM y PRM detectados
- Utilización de las utilidades de REFAR en el Sistema de Información Sanitario de la Agencia Valenciana de Salud.
- Método Dáder
- Desarrollo de la entrevista. Contenidos. Técnicas de comunicación

- **Trabajadores sociales:** (Duración aproximada de 2 horas)
  - Coordinación específica de los distintos recursos sociosanitarios
  - Metodología de la entrevista social
  - Detección de las dificultades sociosanitarias que más frecuentemente influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos
  
- **Auxiliares de enfermería, cuidadores y auxiliares de servicio de ayuda domiciliaria:** (Duración aproximada de 2 horas).
  - Uso de medicamentos
  - Tipos de SPD y modos de preparación
  - Importancia de los cuidados y de la toma de medicamentos
  - Formación del paciente y cuidador dentro del Programa de polimedicados

#### **4.8 Programas sinérgicos y de soporte**

REFAR se integra con otras líneas de trabajo de la Agencia Valenciana de Salud tales como el diseño y monitorización de indicadores de calidad de prescripción específicos para población anciana, la utilización de base de datos farmacoterapéuticos y los sistemas de ayuda a la prescripción.

La Guía Farmacogeriátrica proporciona una base sólida para realizar una correcta selección de medicamentos en la población mayor. Esta Guía ha sido elaborada y consensuada por expertos en la materia, y ha sido ampliamente difundida tanto en atención primaria como entre los profesionales que trabajan en Residencias de la Tercera Edad en centros públicos o concertados.

Por otra parte hay que destacar el esfuerzo formativo realizando cursos de actualización en terapéutica dirigida a los profesionales sanitarios en los que se incluye formación específica a los médicos y enfermeras que atienden a la población mayor.

- Realizar los cursos de actualización de los profesionales sanitarios con el objetivo de proporcionarles conocimientos actualizados en el campo de la atención geriátrica.

## **4.9 Recursos**

- Realizar cursos de actualización de los profesionales sanitarios con el objetivo de proporcionarles conocimientos actualizados en el campo de la atención geriátrica.

### **4.9.1 Recursos humanos participantes:**

#### **Profesionales sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud**

- Enfermería y auxiliares de enfermería
- Farmacéuticos de Atención Primaria y farmacéuticos adscritos programa REFAR
- Médicos
- Trabajadores sociales

#### **Profesionales del ámbito social**

- Profesionales de servicios sociales
- Auxiliares de ayuda a domicilio

#### **Otros profesionales**

- Profesionales de oficina de farmacia

### **4.9.2 Recursos materiales:**

- Folletos informativos y de divulgación dirigidos a los usuarios.





- Cuestionario de adherencia al tratamiento e incumplimiento terapéutico:
  - Test de valoración cognitiva, social y de adherencia al tratamiento
- Publicación anual de REFAR ( documento y anexos)
- Publicación anual de evaluación y resultados de REFAR
- Bolsa del programa REFAR para paciente
- Carpeta del programa.
- SPD: etiquetas para los medicamentos, SPD reciclables o SPD blister
- Sistemas de registro electrónicos y en papel

#### 4.9.3 Sistemas de información sanitarios de interés

- SIA
- GAIA

#### 4.10 Cronograma y actuaciones 2012

CCR	Diciembre 2011-enero 2012	Constitución de la Comisión Corporativa de REFAR. Revisión del MNA para 2012.
SSDR	Diciembre 2011-enero 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Constitución de las Subcomisiones de seguimiento departamentales de REFAR. Revisión de los subprogramas AR y EA. Planificación de cursos de formación y actividades para 2012</li> <li>➤ Revisión anual del circuito de alertas y comunicación de pacientes a revisar.</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 5 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> </ul>
REFAR-AR I	Enero-noviembre 2012	Cursos de formación a profesionales sanitarios en los instrumentos de seguridad "on line": Mpre, Mdis, Hoja de seguimiento de REFAR y Entomo de registro de acontecimientos adversos
	Enero-noviembre 2012	Cursos de formación profesionales sanitarios en

		los instrumentos "off line" de revisión de la utilización de medicamentos
REFAR-AR II	Enero-junio 2012	Presentación en la CURM de la revisión de dos subgrupos terapéuticos (variables de interés para la seguridad en la utilización de medicamentos)
	Septiembre-diciembre 2012	Presentación en la CURM de la revisión de dos subgrupos terapéuticos (variables de interés para la seguridad en la utilización de medicamentos)
REFAR-AR III	Enero-julio 2012	Revisión (gestor A/S) del impacto de los tratamientos de las alertas de seguridad de medicamentos de uso humano de 2011 en los pacientes del departamento. (FAS y FREFAR)
	Septiembre-diciembre 2012	Revisión (gestor AS) impacto de los tratamientos de las alertas de seguridad de medicamentos de uso humano del primer semestre de 2012 en los pacientes del departamento. (FAS y FREFAR)
REFAR-AR IV	Enero-julio 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar (gestor MI) 25 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar (gestor S/S) 25 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 50 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar 100 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR para los seis servicios de atención especializada con mayor impacto en prescripción ambulatoria para su revisión antes del 31 de julio</li> <li>➤ Seleccionar 100 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en las residencias de tercera edad para su revisión antes del 31 de julio por FREFAR</li> </ul>
	Septiembre-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar (gestor MI) 15 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar (gestor S/S) 15 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar (gestor PRM) 20 pacientes por cupo médico para su revisión antes del 31 de diciembre</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Seleccionar 50 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en los 6 servicios de atención especializada con mayor impacto en prescripción ambulatoria para su revisión antes del 31 de diciembre</li> <li>➤ Seleccionar 50 pacientes con criterios en S/S, MI y PMR en las residencias de tercera edad para su revisión antes del 31 de diciembre por FREFAR</li> </ul>
REFAR-AR V	Enero-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Remitir perfil de seguridad anual a médicos jubilados</li> <li>➤ Remitir perfil de seguridad anual a médicos de empresa y servicios de prevención</li> </ul>
REFAR-EA	Diciembre-enero 2012	Discriminación, depuración y organización del calendario de entrevistas en cada zona básica de salud
	Enero-julio 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección y oferta a 60 pacientes crónicos y polimedicados de la incorporación al programa de evaluación y seguimiento por el equipo de atención primaria.</li> <li>➤ Incorporación de pacientes a programas de seguimiento farmacoterapéutico: entrevistas y cesión de SPD</li> </ul>
	Septiembre-diciembre 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección y oferta a 40 pacientes crónicos y polimedicados de la incorporación al programa de evaluación y seguimiento por el equipote atención primaria</li> <li>➤ Incorporación de pacientes a programas de seguimiento farmacoterapéutico: entrevistas y cesión de SPD</li> </ul>
REFAR	Diciembre-abril 2012	Presentación de REFAR en centros de salud y municipios del departamento de salud
	Abril 2012	Envío de indicadores de cobertura y actividad del primer trimestre 2012 por todos los SDDR
	Septiembre 2012	Envío de indicadores de cobertura y actividad a julio 2012 por todos los SDDR
	Diciembre 2012	Revisión por CCR del Marco Normalizado de Actuaciones (MNA) para REFAR 2013
	Enero 2013	Envío de indicadores de cobertura, actividad y Memoria Anual de REFAR Departamental en 2012
	Febrero 2013	Memoria REFAR 2012 por CCR

## 4.14 Evaluación y monitorización (Anexos IX y X)

### 4.14.1 Indicadores de cobertura

#### 1. Cobertura de pacientes revisables por subprograma

- a) Número de pacientes revisados en subprograma AR / Estimación del número de pacientes a revisar subprograma AR
- b) Número de pacientes revisados en subprograma EA / Estimación del número de pacientes a revisar subprograma EA
- c) Número de pacientes incluidos en subprograma EA derivados de AR / Número de pacientes revisados subprograma AR

#### 2. Cobertura de oficinas de farmacia

- a) Número de farmacias adheridas al programa / Número promedio de farmacias en el departamento

#### 3. Participación de profesionales

- a) Nº de facultativos de medicina familiar y pediatría que revisan el número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de facultativos de medicina de familia y pediatría
- b) Nº de Equipos de Atención Primaria que revisan el número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de Equipos de Atención Primaria
- c) Nº de Servicios de Atención Especializada que revisan número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de Servicios de Atención especializada incluidos AR
- d) Nº de equipos de Atención Primaria que alcanzan inclusión de pacientes asignados en REFAR-EA / Nº de equipos de Atención Primaria
- e) Nº de farmacias que comunican la inclusión de algún paciente en REFAR-EA / Nº de Farmacias del Departamento de Salud

#### 4. Tiempo promedio que siguen los pacientes el programa REFAR-EA

- a)  $\Sigma (\text{N}^\circ \text{ pacientes incluidos} \times \text{N}^\circ \text{ meses seguidos}) / \text{N}^\circ \text{ pacientes}$

#### **4.14.2 Indicadores de actividad**

**5. Descripción de las características de edad, sexo y número y grupo de medicamentos que llevan los pacientes que se han incluido en el programa**

**6. Número promedio de medicamentos por paciente al inicio y al año del programa**

$$\frac{\Sigma \text{N}^{\circ} \text{ medicamentos}}{\Sigma \text{N}^{\circ} \text{ pacientes}}$$

$$\Sigma \text{N}^{\circ} \text{ pacientes}$$

**7. Mejora en el cumplimiento terapéutico**

% cumplimiento según test Morisky a los seis meses programa - % cumplimiento inicial

**8. Mejora de los conocimientos del paciente.** Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su medicación a los 12 meses de seguimiento en el programa, respecto a sus conocimientos iniciales

#### **4.14.3 Indicadores de satisfacción del programa**

**9. Grado de satisfacción de los usuarios del subprograma REFAR-AR.** Se evaluará mediante encuesta telefónica sobre un muestreo aleatorio de pacientes. Para ello se usará una encuesta telefónica que se realizará a los pacientes que lleven al menos un año en seguimiento.

**10. Grado de satisfacción de los profesionales con el programa REFAR.** Principales dificultades observadas. Se evaluará mediante encuesta telefónica sobre un muestreo aleatorio de enfermeras, médicos y de farmacéuticos comunitarios. Para ello se usará una encuesta telefónica que se realizará a los profesionales cuando el programa lleve un año de funcionamiento.

# ANEXOS

REFAR-AR1	Farmacovigilancia 2012	Contenido
-----------	------------------------	-----------

## ANEXO I

### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (disponible en SIA; apartado informes)

En el marco general de la atención farmacéutica a pacientes crónicos y polimedcados, se ha diseñado por la Agencia Valenciana de Salud, el programa REFAR (Revisión Farmacoterapéutica) como coordinación de las actuaciones de los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros) que participan en el cuidado del paciente crónico (con tratamientos pautados para más de 6 meses) y polimedcados.

Los objetivos de este Programa son:

1. Mejorar su cumplimiento terapéutico
2. Revisar la medicación pautada y detectar los problemas derivados del uso de medicamentos
3. Mejorar su conocimiento respecto a la utilización e indicaciones de los medicamentos

Su participación en el Programa es voluntaria y le reportará considerables beneficios en el seguimiento de los tratamientos que tiene pautados. No obstante, deberá colaborar con el personal del Centro para su evaluación inicial y posterior seguimiento.

Los datos que se obtengan de su colaboración en este Programa serán tratados con carácter confidencial y de acuerdo a la Ley de protección de datos de carácter personal, Ley 15/1999, de 13 de diciembre, y su posterior desarrollo por RD 1720/2007 de 21 de diciembre

---

Yo (nombre y apellidos)....., he leído la hoja informativa y se me ha ofrecido suficiente información sobre el Programa por lo que presto libremente mi conformidad para participar en el mismo

Lugar y fecha

Firma del paciente

Firma del cuidador

## ANEXO II

### FORMULARIO PARA EL REGISTRO INFORMATIZADO DE REFAR

#### HOJA DE SEGUIMIENTO DE REFAR EN SIA

SIA - Datos Men      Usuario: MERCE CANDEL MOLINA      Centro: VIRTUAL D.S.      13:27:48 07/12/2011

Paciente: PRUEBHNCUATRO PRUEBHNCUATRO, JOSE      SII: 5813680      Edad: 84      Telefono: 968888888

Datos Monitorizables

Infantil   
 General   
 Cardiovascular   
 REFAR

Variables de Hoja

Dispensación   
 Informe Gráfico Tratamiento   
 Informes   
 Historial Farmacoterapéutico   
 Alergias   
 Acontecimientos Adversos   
 Nuevo

Sistema Clasificador de Pacientes   
 Problema Relacionado con Medicamento

K << 1 de 1 >> M

09/12/11

**DATOS PACIENTE**

¿Dificultad en toma?	<input type="radio"/> No valorado
Observaciones	
Hábitos de vida correctos	<input type="radio"/> No valorado
Observaciones	
Tipo Paciente REFAR	<input type="radio"/> No Valorado

**SEGUIMIENTO MEDICAMENTOS**

¿Recogidos en H.Clinica?	<input type="radio"/> No valorado
¿Conoce las indicaciones?	<input type="radio"/> No valorado
¿Conoce su posología?	<input type="radio"/> No valorado
¿Se toma la medicación?	<input type="radio"/> No valorado
¿Según la posología?	<input type="radio"/> No valorado
Causas	
Problemas detectados: 1	<input type="radio"/> Ninguno
2	<input type="radio"/> Ninguno
3	<input type="radio"/> Ninguno
4	<input type="radio"/> Ninguno
5	<input type="radio"/> Ninguno
6	<input type="radio"/> Ninguno

**VALORACIÓN TESTS**

Cuestionario de Barber	<input type="radio"/>
Test Norisky-Green Levine	<input type="radio"/>
Test de Pfeiffer	<input type="radio"/>
Ayuda recomendada	<input type="radio"/> No valorada
Ayuda definitiva	<input type="radio"/> No valorada

**SEGUIMIENTO PACIENTE**

Adherencia adecuada	<input type="radio"/> No valorado
Dosificación adecuada	<input type="radio"/> No valorado
Se recomienda	<input type="radio"/> No valorado
PRECISA DERIVACIÓN	<input type="radio"/> No valorado

**DATOS CUIDADOR**

Nombre y Apellidos	
Edad	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>
C.P.	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>

Recordatorios Activos   
 Aceptar   
 Cancelar



El acceso a la Hoja de Seguimiento de REFAR viene precedido de la apertura de un contacto en SIA. La Hoja de Seguimiento de REFAR facilita la valoración y seguimiento de los pacientes incorporados a REFAR-EA. La Hoja de Seguimiento dispone de información que es visible situando el cursor encima del campo correspondiente.

La Hoja de Seguimiento de REFAR dispone de las siguientes zonas de trabajo:

a) **Zona de navegación de utilidades:**

- Informes: Acceso a documento de consentimiento informado del paciente
- Dispensación: acceso a MDIS
- Historial Farmacoterapéutico: acceso a MPRE
- Alergias: acceso a registros y consulta de alergias medicamentosas
- Acontecimientos adversos: acceso y consulta de acontecimientos adversos a medicamentos
- Problemas relacionados medicamentos: Acceso al gestor PRM
- Sistema de Clasificación de Pacientes: Acceso al gestor SCP

b) **Datos paciente**: sintetiza el tipo de paciente desde la perspectiva de la utilización de medicamentos.

c) **Seguimiento de medicamentos**: enumera si los medicamentos están recogidos en la historia clínica, si el paciente conoce indicaciones y posología así como problemas detectados en los tratamientos vigentes.

d) **Valoración test**: ayuda para mejorar adherencia en función de los test de Barber, Morisky y Pfeiffer.

e) **Seguimiento del paciente**: evolución de la adherencia y del dispositivo recomendado.

f) **Datos el cuidador**

**ANEXO III**  
**CUESTIONARIOS PARA LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL**  
**PACIENTE PARA LA ORGANIZACIÓN DE LAS TOMAS DIARIAS DE LA**  
**MEDICACIÓN.**

medicamentosos

**CUESTIONARIO DE BARBER** (Detección de situación de riesgo)

Nombre.....Edad.....Fecha.....

		SÍ	NO
1	¿Vive solo?		
2	¿Se encuentra sin alguien a quien acudir si precisa ayuda?		
3	¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?		
4	¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?		
5	¿Le impide su salud salir a la calle?		
6	¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?		
7	¿Tiene dificultades con la vista para sus labores habituales?		
8	¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?		
9	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?		

**Valoración:** Un resultado positivo en alguna de las preguntas, indica un resultado desfavorable

**TEST DE PFEIFFER** (Detección de deterioro cognitivo)

Nombre.....Edad.....Fecha.....

		SÍ	NO
1	¿Qué día es hoy?		
2	¿Qué día de la semana es hoy?		
3	¿Cómo se llama este lugar?		
4	¿Cuál es el número de su teléfono?		
5	¿Cuál es su dirección?.....( solo si el paciente no tiene teléfono)		
6	¿Cuántos años tiene?		
7	¿Cómo se llama el Rey de España?		
8	¿Quién mandaba antes que el Rey?		
9	¿Cómo se apellida/apellidaba su madre?		
10	Si a 20 le quitamos 3 quedan.....y si le quitamos 3		

**Valoración:**

0-2 errores: función intelectual intacta

3-4 errores: deterioro intelectual leve

5-7 errores: deterioro intelectual moderado

8-10 errores: deterioro grave

Si el nivel educativo es bajo se resta un punto

Si el nivel educativo es medio-alto se suma un punto

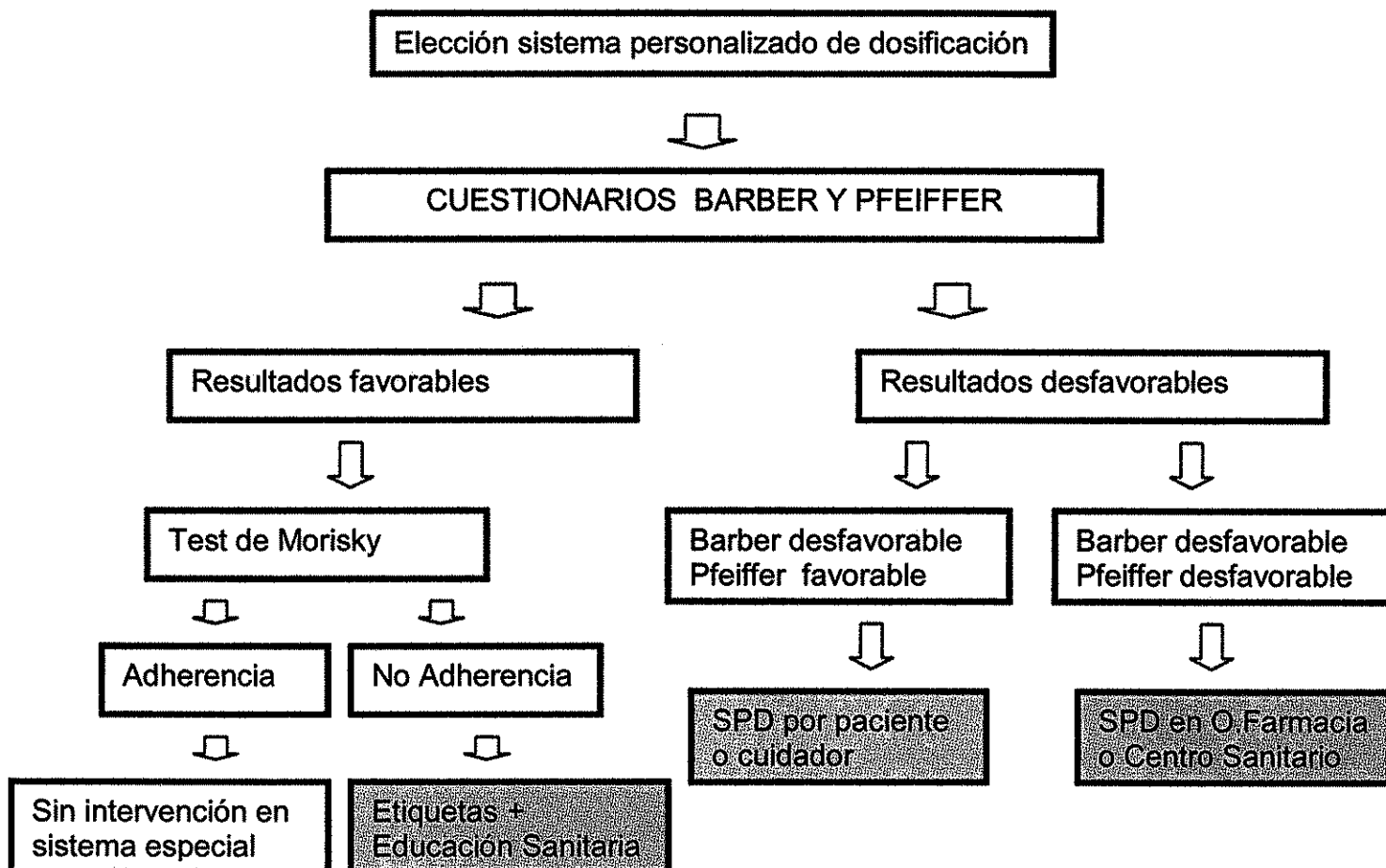
**TEST DE MORISKY-GREEN LEVINE** (Valoración del cumplimiento)

Nombre.....Edad.....Fecha.....

		SÍ	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
2	¿Toma los medicamentos a la hora indicada?		
3	Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomarlos?		
4	Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar medicación?		








**Valoración:** Para considerar un buen cumplimiento la respuesta de TODAS las preguntas deben ser adecuadas (no, si, no, no)

### ANEXO IV ESQUEMA PARA LA SELECCIÓN DEL SISTEMA PERSONALIZADO DE MEDICACIÓN



## ANEXO V INFORME GRÁFICO DE TRATAMIENTOS


**AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT** **INFORME GRÁFICO DE TRATAMIENTOS**
**Paciente: RELE NO TOCAR ACTIVO, PACI 206**
**Fecha impresión: 1/02/2010**
**Rango de fechas: 01/02/2010 AL 28/02/2010**
**POR FAVOR, NO ACUMULE MEDICAMENTOS EN EL HOGAR. INDIQUE A SU MÉDICO O FARMACÉUTICO LOS ENVASES DE MEDICAMENTOS QUE NO NECESITA**

Horario aprox.	al levantarse	7h	en el desayuno	9h	en el almuerzo	13h	en la comida	16h	en la merienda	20h	en la cena	22h	al acostarse	24h
														
CAPTOPRIL APOTEX EFG Comp. 50 mg			1								1			
	1 COMPRIMIDO por la mañana. 1 COMPRIMIDO por la noche durante 30 días ADMINISTRAR 1 HORA ANTES O 2 HORAS DESPUES DE LAS COMIDAS.													
PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS CUBIERTA PELICU			1											
	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO PUEDE TOMARSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS COMIDAS CON O SIN ALIMENTOS.													
BELMALIP 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS			1											
	1 COMPRIMIDO cada día CRÓNICO TOMAR PRERENTE EN DOSIS ÚNICA DURANTE LA CENA.ESPACIAR LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIÁCIDOS													
OMEPRAZOL CINFA 20MG 14 CAPSULAS EFG			1											
	1 CAPSULA cada día durante 90 días Tomar por las mañanas													
METFORMINA SANDOZ 850 MG 50 COMPR RECUS PELI EFG			1				1				1			
	1 COMPRIMIDO por la mañana. 1 COMPRIMIDO a mediodía. 1 COMPRIMIDO por la noche CRÓNICO													

## ANEXO VI SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

### □ PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON NECESIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA

Análisis de la historia farmacoterapéutica (conjunto mínimo de datos básicos)  
Detección de Problemas Relacionados con el Medicamento (sistemas de alerta)

### □ PASO 2: ACTUACIÓN FARMACÉUTICA

Plan de actuación farmacéutica

### □ PASO 3: SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE

Seguimiento farmacoterapéutico

### PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON NECESIDAD DE MEJORA EN LA CALIDAD DE LA FARMACOTERAPIA

#### A. Análisis de la historia farmacoterapéutica (conjunto mínimo de datos básicos):

La historia clínica contiene todos aquellos datos que permitan evaluar los resultados del tratamiento del paciente, para poder validar la idoneidad o consistencia de la prescripción con la situación del paciente y la potencialidad de mejora en su tratamiento:

Datos	Fuente																
Identificación del paciente	Abucasis, HIS hospitalarios y sociosanitarios																
Diagnósticos y evolución clínica	Abucasis, HIS hospitalarios y sociosanitarios																
Síndromes geriátricos	Disponible en HIS sociosanitarios																
Escalas de valoración funcional y cognitiva	MEC: 30-35 Nivel cognitivo normal, 25-29 Border Lina, 20-24 Deterioro cognitivo leve, 15-19 Deterioro cognitivo moderado, menor o igual 14 Deterioro cognitivo grave Yessavage: 0 - 5 = normal, 6 - 9 = probable depresión, 10 o más = depresión establecida. Barthel: <20 dependiente total; 20-35 dependiente grave; 40-55 dependiente moderado; > 6 =60 dependiente leve; 100 independiente. Norton: Inferior a 11 Riesgo muy alto, De 12-14 Riesgo medio-alto, Mayor de 14 Riesgo mínimo/ No riesgo. Dowton: Con puntuación mayor o igual a 3 Riesgo de caídas. Con puntuación menor de 3 No riesgo de caídas (NO DISPONIBLE) Tinetti: 0-9 Grave inestabilidad para la marcha/equilibrio, 10-14 Inestabilidad moderada para la marcha/equilibrio, 15-19 Inestabilidad leve para la marcha/equilibrio, 20-28 Marcha correcta con o sin producto de apoyo. EVA: 0 sin dolor -10 máximo dolor (NO DISPONIBLE)																
Exploración física	Tensión arterial, glucemia digital, sonda nasogástrica, sonda vesical, registro de caídas, etc																
Valoración nutricional	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>IMC</u></th> <th style="text-align: left;"><u>Estado nutricional</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&gt;50 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Obesidad tipo IV (extrema)</td> </tr> <tr> <td>=40-49,9 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Obesidad tipo III (mórbida)</td> </tr> <tr> <td>=35-39,9 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Obesidad tipo II</td> </tr> <tr> <td>=30-34,9 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Obesidad tipo I</td> </tr> <tr> <td>=27-29,9 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Sobrepeso</td> </tr> <tr> <td>=22-26,9 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Normalidad</td> </tr> <tr> <td>=18,5-22 Kg/m<sup>2</sup></td> <td>Posible riesgo de desnutrición</td> </tr> </tbody> </table>	<u>IMC</u>	<u>Estado nutricional</u>	>50 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo IV (extrema)	=40-49,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo III (mórbida)	=35-39,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo II	=30-34,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo I	=27-29,9 Kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso	=22-26,9 Kg/m <sup>2</sup>	Normalidad	=18,5-22 Kg/m <sup>2</sup>	Posible riesgo de desnutrición
<u>IMC</u>	<u>Estado nutricional</u>																
>50 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo IV (extrema)																
=40-49,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo III (mórbida)																
=35-39,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo II																
=30-34,9 Kg/m <sup>2</sup>	Obesidad tipo I																
=27-29,9 Kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso																
=22-26,9 Kg/m <sup>2</sup>	Normalidad																
=18,5-22 Kg/m <sup>2</sup>	Posible riesgo de desnutrición																

	=17-18,5 Kg/m <sup>2</sup> Desnutrición leve =16-16,9 Kg/m <sup>2</sup> Desnutrición moderada <16 Kg/m <sup>2</sup> Desnutrición severa
Problemas de deglución	-Disfagia (código CIE9: 787.20-787.29), -Necesidad medicación triturada (código CIE9 784.99)
Grado de actividad	- Encamado - Silla de ruedas - Camina con ayuda - Ambulante
Presencia de úlceras PP	- No úlceras - Úlceras grado I - Úlceras grado II - Úlceras grado III - Úlceras grado IV
Datos analíticos	Bioquímica Hematología Aclaración renal
Tratamiento farmacológico	Presentación, posología, duración
Efectos adversos	Alergias, interacciones, etc

### B. Detección de PRM (sistemas de alerta):

La detección de los posibles PRM se obtiene por análisis del conjunto mínimo de datos básicos y de los sistemas de alertas disponibles en los sistemas de información

Para la clasificación de los PRM se ha seguido el documento de consenso elaborado por el Foro de Atención Farmacéutica, basado principalmente en la metodología IASER®:

Indicación (¿el medicamento es necesario?)	Tratamiento innecesario	Duplicidad	Sistema de alerta disponible en MPRE
		No indicado	Sistema de alerta disponible en MPRE: CIE-9 Posibilidad de añadir MEC para fármacos antidecencia (N06D)
		Baja utilidad terapéutica	Posibilidad de añadir alerta según la utilidad terapéutica definida en REME: Presentaciones farmacéuticas:
		Alternativa más coste-efectiva	Posibilidad de añadir principios activos de elección por subgrupo terapéutico en MPRE
		Vía de administración alternativa	Pendiente de añadir en MPRE: vías de administración contraindicadas (ejemplo: paciente en tratamiento con acenocumarol + fármaco vía im)
	Necesidad de medicación adicional	Problema (diagnóstico) no tratado	Pendiente de añadir en MPRE: Posibilidad de añadir mensaje de alerta en: bifosfonato siempre en combinación con calcio y vitamina D, opiáceo en combinación con laxante(Criterios START)
		Preventivo	



<b>Efectividad</b> (¿el medicamento es efectivo?):	<b>Tratamiento no adecuado</b>	Forma de dosificación inadecuada	Disponible en MPRE: guías terapéuticas; características de los fármacos; contraindicaciones: codificación CIE9 los diagnósticos asociados a problemas de deglución para aquellas presentaciones no fraccionables y/o triturables (Fuente de información: GFT SS Geriátrica)
		Contraindicado	Añadir MPRE Criterios STOPP y Criterios de Beers (población > 65 años) como contraindicaciones relativas, dosis límite o duración del tratamiento.
		Existe otro más efectivo	Disponible en MPRE: Posibilidad de añadir principios activos de elección por subgrupo terapéutico, incluidos
	<b>Dosis demasiado baja</b>	Dosis equivocada	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Posología	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Duración	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Interacción	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Error en administración y/o dispensación	Sistema de alerta disponible en MPRE
	<b>Seguridad</b>	<b>Dosis demasiado elevada</b>	Dosis equivocada
Posología			Sistema de alerta disponible en MPRE
Duración			Sistema de alerta disponible en MPRE
Interacción			Sistema de alerta disponible en MPRE
<b>Reacción adversa</b>		Alergia	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Administración incorrecta	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Interacción	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Contraindicado	Sistema de alerta disponible en MPRE
		Cambio de dosis demasiado rápida	Sistema de alerta disponible en MPRE
<b>Adherencia</b>		No sigue instrucciones	
		Medicamento no disponible	
		Problemas para administración	

## PASO 2/3 ACTUACIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE

Una vez identificado el paciente con PRM se debe proponer y concretar un plan de actuación farmacoterapéutica para la prevención o resolución del mismo. Tras una actuación farmacéutica es recomendable evaluar la evolución del paciente, con el fin de comprobar que se resuelven o previenen los PRM identificados y su morbilidad asociada, así como prevenir o identificar la aparición de nuevos PRM.

**PRM: registro y seguimiento**

<b>Fecha</b>	
<b>Datos del Profesional</b>	
<b>Datos de identificación del paciente</b>	
<b>Tipo de PRM</b>	
<b>Origen PRM y comentarios</b>	
<b>Recomendación farmacoterapéutica (tipos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspender medicamento.</li> <li>- Plantear alternativa terapéutica: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cambiar a medicamento más efectivo.</li> <li>b. Cambiar a medicamento más seguro.</li> <li>c. Cambiar a vía/método de administración más efectivo.</li> <li>d. Cambiar a vía/método de administración más seguro.</li> </ul> </li> <li>- Iniciar medicamento.</li> <li>- Individualizar la posología.</li> <li>- Personalizar el tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Modificar forma de dosificación.</li> <li>b. Cambiar a medicamento que mejora la calidad de vida.</li> <li>c. Cambiar a vía/método de administración que mejora la calidad de vida.</li> </ul> </li> <li>- Iniciar monitorización farmacocinética y/o clínica.</li> <li>- Plantear medicamento/vía de administración más eficiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cambiar a medicamento incluido en GFT.</li> <li>b. Cambiar a medicamento más eficiente.</li> <li>c. Cambiar a vía/método de administración más eficiente.</li> </ul> </li> <li>- Iniciar acciones preventivas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Prevenir reacción alérgica.</li> <li>b. Prevenir efectos adversos.</li> <li>c. Prevenir fallo de tratamiento.</li> <li>d. Clarificar/confirmar prescripción.</li> <li>e. Clarificar/corregir transcripción.</li> <li>f. Clarificar/corregir preparación-dispensación.</li> <li>g. Clarificar/corregir administración.</li> </ul> </li> <li>- Iniciar acciones educativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Proveer información/educación al personal sanitario.</li> <li>b. Proveer información/educación al paciente/familiar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nota explicativa o comentarios</b>	
<b>Intervención Aceptar / Rechazar / Dejar pendiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aceptar: conlleva cambio automático de su tratamiento</li> <li>- Rechazar : obliga a insertar motivo</li> </ul>
<b>Fecha de revisión</b>	
<b>Resultados del PRM en el paciente</b>	





## ANEXO VIII REGISTRO MENSUAL DE REVISIONES

FECHA:  
 PROFESIONAL  
 CATEGORIA  
 CENTRO  
 ZONA  
 DEPARTAMENTO

MES  
 CUPO/CPA

		PACIENTES	TRAT REVIS	TRAT MODIF	TRAT INTERR
AR III	Pacientes identificados gestor A/S (alertas)				
AR IV	Pacientes identificados gestor MI (inapropiados)				
	Pacientes identificados gestor S/S (stop/start)				
	Pacientes identificados gestor PRM (seguridad)				
EA	Pacientes seguimiento eficiencia y adherencia				

Marque origen de los datos				
AR III	Pacientes identificados gestor A/S (alertas)			
AR IV	Pacientes identificados gestor MI (inapropiados)			
	Pacientes identificados gestor S/S (stop/start)			
	Pacientes identificados gestor PRM (seguridad)			
EA	Pacientes seguimiento eficiencia y adherencia			
SIP	TRAT REVIS	TRAT MODIF	TRAT INTERR	COMENTARIOS





**GENERALITAT  
VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT



**AGENCIA VALENCIANA DE LA SALUD**  
D.G. DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS  
D.G. DE ORDENACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA  
REFAR

**ANEXO IX**  
**DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD DEL PROGRAMA REFAR**

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ DIRECTOR AP \_\_\_\_\_  
(firma y fecha) (firma y fecha)

FAS \_\_\_\_\_ FREFAR \_\_\_\_\_  
(firma y fecha) (firma y fecha)

**CURSOS DE FORMACIÓN, PRINCIPIOS ACTIVOS REVISADOS Y OTRAS ACTIVIDADES**

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>AR I</b>													
	Cursos de formación												
<b>AR II</b>													
	Principios activos revisados												
	Visitas a Centros sanitarios												
	Visitas a Municipios												
	Visitas a Asociaciones												
	Indicadores trimestrales												
	Memoria anual												
<b>SSDR</b>													

NÚMERO DE PACIENTES ASIGNADOS Y REVISADOS EN LOS SUBPROGRAMA DE REFAR

Número de pacientes asignados (AS) y revisados (REV)		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
AR III	Pacientes identificados gestor A/S (alertas)	AS												
		REV												
AR IV	Pacientes identificados gestor MI (inapropiados)	AS												
		REV												
	Pacientes identificados gestor S/S (stop/start)	AS												
		REV												
	Pacientes identificados gestor PRM (seguridad)	AS												
		REV												
EA	Sin SPD	AS												
		REV												
	Con SPD	AS												
		REV												



INDICADORES DE COBERTURA

		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	ACUM
<b>Cobertura de pacientes revisables</b>	Número de pacientes revisados (rev) en subprograma AR / Estimación del número de pacientes asignados (as) subprograma AR	%												
	Número de pacientes revisados (rev) en subprograma EA / Estimación del número de pacientes asignados (as) subprograma EA	%												
	Nº de facultativos de medicina familiar y pediatría (rev) que el número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de facultativos de medicina de familia y pediatría (as)	REV AS %												
<b>Participación de profesionales</b>	Nº de Equipos de Atención Primaria que revisan (rev) el número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de Equipos de Atención Primaria (as)	REV AS %												
	Nº de Servicios de Atención Especializada que revisan (rev) número de pacientes asignados en REFAR-AR / Nº de Servicios (as) de Atención especializada incluidos AR	REV AS %												

