

Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria

Adapting of the Dader Method for pharmacotherapy follow-up to primary care level

Paloma C. FAJARDO, María I. BAENA, Juan ALCAIDE ANDRADE, José MARTÍNEZ OLMOS, María J. FAUS, Fernando MARTÍNEZ-MARTÍNEZ

Texto en español

RESUMEN*

La realización del seguimiento farmacoterapéutico conjuntamente entre farmacéutico y el médico de atención primaria en el ámbito de un centro de salud aporta algunas ventajas para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes. Este trabajo conjunto permite de manera más fluida la integración del farmacéutico comunitario en el equipo de salud que asiste al paciente y mejora la comunicación entre ambos profesionales.

La accesibilidad a la historia clínica del paciente, permite la realización de entrevistas con los pacientes con mayor información (más completas). La intervención sobre los posibles problemas relacionados con los medicamentos que el paciente esté padeciendo es más ágil.

El método Dáder ha demostrado su eficacia para la provisión de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias y hospitalarias.

El presente trabajo propone las adaptaciones necesarias en el método Dáder para su aplicación en el nivel de atención primaria.

Palabras clave: Servicios en farmacia comunitaria. Seguimiento farmacoterapéutico. Atención primaria, Método Dáder.

ABSTRACT†

Providing pharmacotherapy follow-up together the pharmacist and the family physician in a health care clinic, produces some advantages on identifying drug-related problems. This collaborative work allows a fluently integration of the community pharmacist in the healthcare team, and improves communication between both health care professionals.

Patient clinical record accessibility allows making patients interviews with more previous information (more complete). Interventions on possible drug-related problems suffered by the patient are easier. The Dader method have shown its efficacy on providing pharmacotherapy follow-up in community and hospital pharmacies.

This paper propose the adaptations needed for applying the Dader method in a primary care level.

Keywords: Community pharmacy services. Pharmacotherapy follow-up. Primary care. Dader method.

(Español)

ANTECEDENTES

Los servicios de atención primaria se caracterizan por su accesibilidad, la capacidad de dar cuidados integrales, la atención al paciente y su familia a lo largo de su vida de forma continua y la coordinación

* Paloma C. FAJARDO. Licenciada en Farmacia. Farmacéutica comunitaria en Málaga. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

María I. BAENA. Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Juan ALCAIDE ANDRADE. Médico de Atención primaria. Centro de Salud Las Delicias. Málaga

José MARTÍNEZ OLMOS. Licenciado en Medicina. Médico especialista en medicina preventiva. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

María J. FAUS. Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Fernando MARTÍNEZ-MARTÍNEZ. Doctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada.

Dirección: C/ Doctor Pareja Yébenes nº14- 5ªA. Granada. 180012

† Paloma C. FAJARDO. MSc (pharm). Community pharmacist at Málaga. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain).

María I. BAENA. PhD, PharmD. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain).

Juan ALCAIDE ANDRADE. MD. Family Physician at Centro de Salud Las Delicias. Málaga

José MARTÍNEZ OLMOS. MD, specialist in preventive medicine. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain).

María J. FAUS. PhD, PharmD. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain).

Fernando MARTÍNEZ-MARTÍNEZ. PhD, PharmD. Pharmaceutical Care Research Group, University of Granada (Spain).

Address: C/ Doctor Pareja Yébenes nº14- 5ªA. Granada. 180012

de los cuidados prestados al paciente en los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario. Este último punto requiere del trabajo en equipo entre los diferentes profesionales sanitarios que atienden a un paciente.

En esta línea Baena y col^{1,2} señalan que la coordinación entre profesionales es uno de los requisitos para el éxito de la intervención sobre cada paciente; miles de pacientes dependen cada día de esta capacidad de trabajo entre profesionales sanitarios y entre centros y servicios del sistema de salud, para curar, sanar, mejorar una situación de salud o prevenir la aparición de enfermedades.

En los últimos años, los servicios de atención primaria de salud han ido desarrollando políticas de salud de carácter integral; la creación de equipos de salud multidisciplinarios, la necesidad de la colaboración intersectorial para que las acciones en salud tengan la mayor posibilidad de éxito e incluso la consideración en sus planes de reforma de los cambios de funciones en los profesionales de Atención primaria, en la que se considera que el farmacéutico podría asumir tareas de colaboración con el equipo de atención primaria^{3,4} con lo que se podría ayudar a obtener el máximo beneficio de la medicación prescrita a los pacientes, especialmente si se tiene en cuenta que en atención primaria se prescribe el 80% de los medicamentos que usan los pacientes.

Sin duda la utilización de medicamentos para diagnosticar, prevenir y curar enfermedades ha permitido avances importantes en medicina en las últimas décadas. Pero la utilización de medicamentos no es una herramienta inocua, ya que puede verse acompañada de problemas inherentes a la propia utilización de los mismos. Es conocida la aparición de efectos indeseables de los medicamentos (efectos secundarios, reacciones adversas, alergias...), pero no sólo estos efectos de inseguridad son causas de los problemas que pueden atribuirse a los medicamentos, también existen problemas relacionados con su efectividad⁵, ya que en numerosas ocasiones no se consigue el objetivo terapéutico para el que fueron prescritos, debido a múltiples causas relacionadas con los pacientes, el personal sanitario o el propio medicamento.

La definición del seguimiento farmacoterapéutico viene reflejada en el Consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo Español⁶, como "la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos⁷ (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del equipo de salud con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente", esta práctica responde adecuadamente a los principios del trabajo en equipo.

Para la realización del seguimiento farmacoterapéutico, el grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, ha desarrollado el método Dáder⁸. Aunque este método se diseñó en un principio para su aplicación en el ámbito de la farmacia comunitaria, es ya un hecho su aplicación a otros niveles asistenciales.

La primera aplicación del método Dáder en el ámbito hospitalario corresponde al trabajo de Baena y col⁹. En su trabajo, Baena aplica con las necesarias modificaciones, dicha metodología al ámbito de las urgencias hospitalarias para medir la prevalencia de PRM que causan visita a este servicio. Este trabajo ha puesto de manifiesto que dicha metodología se puede aplicar en un entorno distinto a la farmacia comunitaria. Otro trabajo en el que se adaptó el método Dáder fue el llevado a cabo por Martínez-Olmos y col.¹⁰, en el cual se integró el seguimiento farmacoterapéutico mediante el método Dáder⁸ en diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario.

Para la realización de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes, en un centro de salud de atención primaria, aplicando el método Dáder es necesario realizar algunas modificaciones del método consecuencia de la experiencia de realizar seguimiento farmacoterapéutico en un centro de salud

ADAPTACIÓN DEL MÉTODO DADER AL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

El método Dáder se compone de 7 fases⁸:

1. Oferta del Servicio
2. Primera entrevista
3. Estado situación
4. Fase de estudio
5. Fase de evaluación
6. Fase de intervención
7. Resultado de la intervención y nuevo estado situación.

Las adaptaciones necesarias de cada fase para la aplicación en el ámbito de un centro de salud de atención primaria se describen a continuación.

Oferta de Servicio

La oferta del servicio según el programa Dáder es "la fase en la que el farmacéutico informa al paciente sobre la existencia en la farmacia del servicio de seguimiento farmacoterapéutico"

En la farmacia comunitaria la oferta del servicio la realiza el farmacéutico directamente al paciente, debido a que el farmacéutico es el primer agente de salud accesible en la farmacia y es este el responsable de la realización del servicio.

En un centro de salud, por el propio funcionamiento de éste y tal como se plantea en esta propuesta, es el médico responsable de la salud del paciente el que debe formalizar la oferta del seguimiento farmacoterapéutico si lo considera adecuado en función de las características del paciente en relación a su farmacoterapia. De esta forma una

vez que el paciente acepta la realización del seguimiento farmacoterapéutico es derivado por el médico al farmacéutico que será el responsable de iniciar el servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Primera Entrevista

Esta entrevista es el vehículo para la obtención de la información referente a los problemas de salud del paciente y los medicamentos que está tomando. Esta fase del seguimiento farmacoterapéutico es clave, de su buena realización depende la detección correcta de PRM, la información de calidad es la base para el desarrollo de un correcto seguimiento farmacoterapéutico.

En la farmacia comunitaria y siguiendo la guía para el seguimiento Farmacoterapéutico del método Dáder⁸, para la realización de la primera entrevista se acuerda una cita previa con el paciente, en la que se le informa que traiga una "bolsa" con todos los medicamentos que tenga en casa, estén siendo utilizados actualmente o no.

También se le pide al paciente que traiga los documentos de los que disponga relacionados con sus problemas de salud como pueden ser analíticas, informes al alta tras un ingreso e informes de especialistas.

Estos documentos aportados junto con la información obtenida de la entrevista con el paciente son las fuentes de información de las que se dispone en la farmacia comunitaria para la realización de la primera entrevista.

En la farmacia comunitaria la entrevista con el paciente se realiza en tres fases que son:

1. Preocupaciones de salud: en esta fase se pregunta al paciente sobre aquellos problemas de salud que le preocupan. Preocupaciones del paciente y diagnósticos médicos que el paciente refiere que le fueron realizados.
2. Medicamentos: se pregunta al paciente sobre los medicamentos que está tomando y la medicación anterior. Se realizan 10 preguntas sobre indicación, posología, efectividad, manifestaciones extrañas de la medicación, prescriptor responsable y el resto de preguntas recogidas en el documento⁸. Uno de los objetivos que tienen estas preguntas es realizar una valoración sobre el conocimiento y el cumplimiento que el paciente tiene de sus medicamentos.
3. Fase de repaso: se revisa la información obtenida en las dos fases anteriores, profundizando en otros aspectos del paciente. Se realiza una revisión teórica de pies a cabeza, por si se pudieran descubrir problemas que el paciente frecuentemente no considera como tales, como problemas en la piel o en el cabello. Es decir, primero nos centramos en lo que el paciente considera que son sus problemas de salud y en la medicación, luego indagamos con una batería de preguntas sobre otros posibles problemas, para descubrir o nuevos problemas de salud o nuevos medicamentos que el paciente haya olvidado traer a la farmacia o que no

considere como tales medicamentos como son las lociones o las cremas.

El escenario de un centro de salud es algo diferente en cuanto a la realización de esta primera entrevista. El paciente acude tras la consulta con el médico, por lo que no se dispone de la "bolsa" de medicamentos.

En atención primaria los pacientes pueden acudir a su centro de salud básicamente:

- Por la necesidad de la prescripción de su medicación habitual y en tal caso a esta primera visita de seguimiento farmacoterapéutico aportará las recetas hechas por el médico que nos servirán de apoyo en defecto de las cajas de los medicamentos.
- Otra alternativa es que el paciente acuda al médico por sufrir un problema de salud y en este caso puede llevar o no la medicación habitual. Si, la recién prescrita si el médico ha prescrito algún medicamento para tratar el problema de salud causa de la visita.

Como importante diferencia y gran ventaja hay que resaltar que en defecto de la "bolsa" de medicamentos, en atención primaria se dispone de la historia clínica del paciente en la que se registran los problemas de salud que el paciente tiene diagnosticados, así como la evolución de los mismos.

Además, la Historia Clínica del paciente recoge la medicación que el paciente está tomando, la actual y el histórico de la medicación que ha tomado, controles de pruebas complementarias, fechas de retiradas de prescripciones, intervenciones quirúrgicas y otros datos de interés que componen la historia clínica¹¹.

Por tanto una de las principales adaptaciones del método radica en esta primera entrevista que se realizará con el paciente y con apoyo de la historia clínica. No obstante si se detectan posibles medicamentos que el paciente refiera tomar y que, siendo o no de prescripción, no estén recogidos en la historia clínica del paciente se incluirán en la entrevista y la historia farmacoterapéutica. Si el paciente no recordara el nombre de algunos de estos medicamentos se puede volver a citar al paciente para completar esta entrevista haciendo que este aporte la información de medicamentos que sea necesaria.

Estado Situación

El estado de situación de un paciente, diseñado por Aguas y col¹². se define como "la relación entre sus problemas de salud y sus medicamentos, a una fecha determinada"

La información necesaria para la realización del estudio de los problemas de salud y los medicamentos del paciente, componen dicho estado situación a la fecha de la entrevista inicial al paciente.

La confección del estado situación para el seguimiento farmacoterapéutico a pacientes de un centro de salud, no es diferente a la realizada en la farmacia comunitaria salvo que en la farmacia

comunitaria en muchas ocasiones no se dispone de los diagnósticos de los problemas de salud que tiene el paciente, por lo que en dicho estado situación se reflejan los problemas de salud, tal y como los relata el paciente.

Disponer de la historia clínica permite recoger en el estado de situación los problemas de salud que el paciente puede referir y aquellos que son diagnósticos médicos. La diferencia no radica en este punto en el método, aunque si mejora la calidad de la información que se obtiene sobre los problemas de salud.

Fase de Estudio

Según el método Dader⁸ el objetivo de la fase de estudio es "obtener la información necesaria de los problemas de salud y medicamentos reflejados en el estado situación, para su evaluación posterior".

Esta fase por tanto corresponde a la revisión bibliográfica de los problemas de salud y los medicamentos que se han reflejado en el estado de situación del paciente.

Este estudio, en cuanto a los problemas de salud se refiere, debe ir enfocado a conocer:

- Los signos y síntomas a controlar, pues permitirá establecer la posible falta de efectividad de los medicamentos.
- Los mecanismos fisiológicos de la enfermedad para entender el mecanismo de acción de los medicamentos sobre esta.
- El pronóstico de la enfermedad, para plantear los objetivos de salud que se buscan alcanzar en cada paciente.

Se deben estudiar también aquellas preocupaciones de salud que manifiesta el paciente y que no necesariamente se corresponden con algún diagnóstico de enfermedad que tenga el paciente.

Han de estudiarse todos los medicamentos, considerando en cada uno parámetros comunes como son:

- Indicaciones autorizadas
- Mecanismo de acción
- Posología
- Farmacocinética
- Parámetros de efectividad
- Contraindicaciones
- Interacciones
- Interferencias analíticas
- Reacciones de inseguridad.

Esta fase de estudio debe hacerse tan extensa como el propio profesional estime necesario para obtener la información necesaria de los problemas de salud del paciente y sus medicamentos.

La fase de estudio por parte del farmacéutico a la hora de realizar seguimiento farmacoterapéutico dentro del ámbito de un centro de salud no difiere de cuando éste se realiza en la farmacia comunitaria.

Fase de evaluación

Una vez realizada la fase de estudio, el farmacéutico con la información obtenida realiza la fase de evaluación. Esta fase tiene como objetivo evaluar la medicación en cuanto a la necesidad, efectividad y seguridad de la misma⁵.

En la farmacia comunitaria para la fase de evaluación se sigue el procedimiento recogido en "Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia" de Fernández-Llimós y col⁵.

El farmacéutico comunitario mediante la evaluación establece sospechas de posibles problemas relacionados con los medicamentos, que posteriormente pueden ser confirmadas o no en fases posteriores del proceso en la farmacia.

Esta fase conlleva la principal adaptación del método de seguimiento farmacoterapéutico al ámbito de la Atención Primaria. Compartir la evaluación de los resultados de la farmacoterapia con el médico en esta fase es fundamental para la verificación del proceso. El farmacéutico mediante la evaluación previa establece sospechas de posibles problemas relacionados con los medicamentos, que posteriormente serán reevaluadas con el médico.

La incorporación del médico a la fase de evaluación permite la decisión conjunta entre médico y farmacéutico de la imputación de un determinado resultado clínico negativo al uso de la farmacoterapia.

El médico dispone de información sobre el paciente y tiene argumentos clínicos que el farmacéutico puede desconocer que hacen que la evaluación conjunta identifique problemas de salud que en principio se hubiesen relacionado con los medicamentos que toma el paciente y que en realidad corresponden con una situación clínica del mismo.

De esta forma la evaluación constituye la segunda diferencia sustancial de la metodología Dáder⁸ en el ámbito de la atención primaria ya que la fase clave de decidir la existencia o no de un resultado clínico negativo en el paciente se realiza de forma conjunta y en el mismo acto, médico y farmacéutico.

Fase de intervención

En la metodología Dader⁸ se define la fase de intervención como "la elaboración de un plan de actuación de acuerdo con el paciente y desarrollar las intervenciones necesarias para resolver los PRM que éste pueda estar sufriendo".

En esta fase el farmacéutico comunitario tras el establecimiento de sospechas de posibles problemas relacionados con los medicamentos, establece estrategias de intervención para resolver aquellos que se han manifestado y poder así evitar la aparición de los que aparezcan como riesgos.

Se considera la intervención farmacéutica como la acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la

modificación de la utilización de estos y/o mediante la modificación de otros hábitos de vida.⁸

Desde la farmacia comunitaria pueden existir dos destinatarios de dicha intervención:

- Médico: Cuando haya que modificar algo de la farmacoterapia que fue establecido por el médico, o que tenga que establecer el médico.
- Paciente o cuidador: cuando no haya que alterar ninguna orden médica, ejemplo:
 - Hacer que el paciente cumpla una pauta médica.
 - Instaurar tratamientos que no requieren prescripción médica.

Esta intervención la realiza el farmacéutico a través del paciente, bien de forma verbal, transmitiéndole al médico lo encontrado tras la evaluación, o mediante un informe escrito que también se entregará al médico a través del paciente.

La propia adaptación en la fase anterior en la que se incorpora al médico a la evaluación de los problemas relacionados con los medicamentos, da como resultado que la estrategia de intervención se establezca entre el médico y el farmacéutico, decidiendo en cada caso a quien compete la intervención y su puesta en marcha.

Un aspecto a destacar en esta fase es la posibilidad de la no intervención sobre el problema, ya que por criterios clínicos, u otros, aportados por el médico (prescripción de otro facultativo, retención del paciente al cambio de medicamentos, evolución del problema de salud y cualquier otro motivo que el médico justifique ante la no intervención) se decida el mantenimiento del paciente en el estado actual aunque en la evaluación se estuviese de acuerdo con la existencia de un PRM.

Este aspecto es importante ya que rompe la relación directa entre existencia de un PRM y la no aceptación de la intervención por parte del médico que se plantea en la farmacia comunitaria cuando el paciente vuelve y el médico no actúa según lo indicado. En el centro de salud la evaluación conjunta permite decidir si existe o no un PRM y de forma independiente decidir si se debe de intervenir o no teniendo en cuenta las necesidades del paciente.

Un aspecto modificado en cuanto al ámbito del centro de salud y a la propia colaboración directa entre el médico y el farmacéutico, es la inclusión de los problemas relacionados con la farmacoterapia acontecidos al paciente en la historia clínica del mismo, de manera que se pueda recuperar un histórico de los PRM de un paciente cuando sea necesario.

Resultado de la intervención. Nuevo estado situación.

En la farmacia comunitaria el objetivo de esta fase según el método Dáder es “determinar el resultado de la intervención farmacéutica para la resolución del problema de salud planteado. No puede decirse que existe un PRM hasta que tras el resultado de la

intervención hubiera desaparecido o controlado el problema de salud”.

La intervención sobre el problema relacionado con el medicamento tendrá como resultado la solución o no del problema de salud. La aplicación del seguimiento farmacoterapéutico. En el centro de salud aporta a esta fase del proceso que es el médico, en este caso, el encargado de comprobar el resultado de la intervención mediante la cita del paciente en el tiempo que estime necesario.

Entrevistas sucesivas

El posible cambio en los problemas de la salud del paciente y/o de los medicamentos llevará a la confección de un nuevo estado situación y por tanto a la realización de nuevo de todas las fases del método, donde la entrevista inicial se reconvertirá en las entrevistas sucesivas.

Para la continuidad del servicio y el posterior trabajo conjunto entre el médico de atención primaria y el farmacéutico comunitario, se entregará al paciente tras confirmar el resultado de la intervención un documento de información acerca de sus problemas de salud y sus medicamentos. Este documento (ANEXO 1) es el estado situación¹² modificado, es decir suprimiéndole la parte de la evaluación de los problemas relacionados con los medicamentos.

Este documento puede facilitar el trabajo de seguimiento farmacoterapéutico del paciente en cualquier otro ámbito sanitario donde un paciente pueda acudir.

CONCLUSIONES

Considerando que la farmacia comunitaria es el mejor de los escenarios para la realización del seguimiento farmacoterapéutico, la realización dentro del ámbito de un centro de salud aporta algunas ventajas destacables.

- La primera entrevista del SFT en un centro de salud se realizará mediante entrevista con el paciente y con el apoyo de la historia clínica del paciente
- La evaluación para determinar si el paciente sufre un PRM o no, es conjunta entre médico y farmacéutico
- La decisión de Intervenir o no ante la existencia de un PRM se realiza con el médico responsable de realizarla, en función de las necesidades del paciente
- La comprobación del resultado de la Intervención la realiza el médico en el seguimiento del paciente

El trabajo directo con el médico de atención primaria enriquece la comunicación entre ambos profesionales y promueve la inclusión del farmacéutico en el equipo de salud de atención primaria que atiende al paciente.

Bibliografía / References

1. Baena MI, Martínez-Olmos J, Faus MJ, Martínez F. Seguimiento Farmacoterapéutico integral de pacientes en el sistema sanitario. Pharm care Esp 2002; 4(5): 325-33.
2. Martínez-Olmos J, Baena I. La atención Farmacéutica como método para mejorar la salud de los pacientes y la coordinación entre los profesionales médicos y farmacéuticos. Pharm Care Esp 2001; 3:135-139
3. Llanes R, Aragón A, Sillero MI, Martín MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. Aten Primaria 2000; 26(1): 11-15.
4. Contrato Programa de Atención Primaria 2002. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla, 2002
5. Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguimiento Farmacoterapéutico 2004; 2(3):195-205.
6. Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001.
7. Comité de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos. Ars Pharmaceutica 2002; 43 (3-4):179-187.
8. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: GIAF-UGR;2003.
9. Baena MI. Problemas Relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de Urgencias del hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada 2003.
10. Martínez-Olmos, J. Integración de la Atención Farmacéutica en los distintos niveles asistenciales. Pharm Care Esp 2003; 5 (Extr): 17-24.
11. Gervas J, Pérez M. The electronic clinical history in primary care. Semergen: 2000; 26: 17-32.
12. Aguas Y, de Miguel E, Suarez de Venegas C. Modelo de presentación de casos adaptado a la metodología Dader. Pharm Care Esp 2002;4:60-63.

ANEXO 1

INFORME FARMACOTERAPÉUTICO

PACIENTE:	FECHA:
------------------	---------------

SEXO:	EDAD:	IMC:	Alergias:
--------------	--------------	-------------	------------------

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS			
Problemas de Salud	Desde	Controlado	Preocupación	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta prescrita	Pauta utilizada

<u>OBSERVACIONES:</u>	<i>FECHA</i>	PARÁMETROS	