

Curso de iniciación al
**seguimiento
farmacoterapéutico**

2ª edición - Badajoz 2009

Aguas Y, Fernández-Llimós F



Curso de iniciación al **seguimiento** **farmacoterapéutico**

2ª edición - Badajoz 2009

Aguas Y, Fernández-Llimós F



© Aguas Y, Fernández-Llimós F

© De esta edición:

Centro de Investigaciones y Publicaciones Farmacéuticas
Rua das Regateiras, 55
36800 Redondela

Segunda edición, diciembre de 2009

ISBN: 978-84-613-6255-4

Edita: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz.
Ramón Albarrán, 15 Bajo
06002 Badajoz

Depósito legal: BA-100-2010

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y sgts. Código Penal).

PROLOGO

En los últimos años, uno de los objetivos prioritarios de nuestra labor investigadora ha sido la simplificación del seguimiento farmacoterapéutico, eliminando al máximo los elementos innecesarios. Nuestra intención era la de facilitar el ejercicio de este servicio en las condiciones que existen actualmente en las farmacias comunitarias españolas. Queremos dejar claro que los trabajos que se han realizado anteriormente por otros investigadores, o por nosotros mismos, no estaban equivocados sino que forman parte de la evolución natural de un servicio NUEVO.

No reconocer la innovación que supone este servicio, nos llevará inexorablemente a un fracaso en su implantación. Tal vez vale la pena dedicar unas líneas a manifestar que el seguimiento farmacoterapéutico no nace, como creen algunos, a principios de los años 90 del siglo pasado. Más bien nace, en un estadio muy primario, muy a finales de esa década. En realidad la traducción de *pharmaceutical care* como seguimiento farmacoterapéutico fue uno de los errores que cometimos en un principio. El tiempo ha demostrado que aquel *pharmaceutical care*, más que un servicio, era una filosofía de actuación de los farmacéuticos. Tanto en los Estados Unidos, el país de nacimiento de esta idea, como en otros países con el transcurso de los años y con las diferentes tentativas de implantación de servicios, se pudo comprobar que era necesaria una mejor definición y descripción de los procedimientos para la prestación de esos servicios que la contenida en aquellas publicaciones iniciales.

El seguimiento farmacoterapéutico es, sin duda, uno de esos servicios. Probablemente es uno de los servicios más avanzados que puede prestar un farmacéutico que trata de mejorar la salud de los pacientes que atiende. Esta afirmación se fundamenta en que el seguimiento farmacoterapéutico es uno de los servicios que evalúan los resultados en salud obtenidos por el paciente tras el uso de su medicación, en comparación con otros servicios que consisten en evaluar el proceso de uso de medicamentos.

Los conocimientos que incluye este manual surgen después de varios años de trabajo junto a un equipo de voluntariosos farmacéuticos que no han

esperado que este servicio sea reconocido y mucho menos remunerado. Sin su participación activa en el *re-engineering* de este servicio, nuestra labor habría sido imposible. Con ellos hemos podido constituir una Red de Investigación Basada en la Práctica, más conocida por sus iniciales inglesas de PBRN. Al cierre de este manual, la Red de Investigación Basada en la Práctica AIPaFaC está compuesta por diez farmacéuticos que ejercen en nueve farmacias comunitarias de Extremadura. A ellos, nuestro más sincero agradecimiento, y nuestra petición de colaboración permanente.

Otra pieza clave en este desarrollo conceptual y práctico ha sido la participación, no solo activa, sino a veces extenuante de la empresa Eurosof2000, propietaria de la aplicación informática Farmalog en la que se ha incorporado el módulo AIPaFaC. Desde nuestro primer acercamiento en el año 2006, hubo siempre una disposición abierta a la mejora de su aplicación de gestión, a pesar del enorme esfuerzo que esto requirió. También a ellos, nuestro agradecimiento y, cómo no, nuestro ruego de que sigan apostando por la implantación del seguimiento a través del apoyo que las herramientas informáticas pueden hacer.

Por último, y no menos importante, otra de los elementos que han contribuido a este desarrollo ha sido el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz. No sólo ha facilitado sus instalaciones para la celebración de reuniones y actividades formativas, sino que ha proporcionado recursos humanos que han sido necesarios para el proceso de mejora.

Ahora solo falta la participación masiva del resto de farmacéuticos comunitarios interesados en proporcionar servicios cognitivos y, en especial, seguimiento farmacoterapéutico. Al fin y al cabo, son ellos y no nosotros los que van a atender pacientes y van a tratar de mejorarles su salud.

SUMARIO

Conceptos.....	7
Características básicas de la farmacoterapia	9
El seguimiento farmacoterapéutico	10
Resultado clínico negativo de la farmacoterapia	11
Posibles escenarios en la atención al paciente	13
Clasificación de resultados clínicos negativos.....	16
Causas de los resultados clínicos negativos.....	17
El perfil farmacoterapéutico	19
Ejemplos de perfiles farmacoterapéuticos	21
CASO 1.....	21
CASO 2.....	22
CASO 3.....	23
CASO 4.....	25
CASO 5.....	26
CASO 6.....	27
CASO 7.....	28
La evaluación de resultados de la farmacoterapia.....	31
Mitos en el proceso de evaluación de los resultados de la farmacoterapia.....	34
Inefectividad de problemas por falta de control total	34
Seguimiento farmacoterapéutico y factores de riesgo	35
Ejemplos de evaluación de perfiles farmacoterapéuticos	36
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 1	38
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 2	39
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 3	41
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 4	42
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 5	43
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 6	44
PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 7	46
Consulta y uso de fuentes de información para tomar decisiones clínicas	48
Listado de fuentes de información	50
Fuentes sobre medicamentos	50
Fuentes sobre problemas de salud.....	51
Intervenciones en seguimiento farmacoterapéutico	52

Clasificación de intervenciones farmacéuticas.....	52
Medicamentos sujetos a prescripción médica y no sujetos a prescripción médica	54
Comunicación del resultado clínico negativo identificado	55
Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 2).....	59
Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 5).....	60
Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 7).....	61
Informatización del seguimiento farmacoterapéutico	62
Aplicación informática AIPaFaC	62
Protección de datos	65
Consentimiento informado.....	68
Información y documentación clínica generada al realizar seguimiento farmacoterapéutico	70
Nuevas tecnologías	73
Índice	75
Bibliografía.....	77

Conceptos

Ya desde 1997 en la legislación farmacéutica española, se describe como una de las funciones del farmacéutico comunitario la de proporcionar “la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes”.¹

Posteriormente, en la llamada nueva ley del medicamento, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios², también se vuelve a describir como función del farmacéutico la de realizar seguimiento farmacoterapéutico. En esta ley se establece que: “En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad.”

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias³ describe como funciones del farmacéutico las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.

Por su parte la Ley de Cohesión y Calidad⁴ se ocupa, entre otras cosas, de la prestación farmacéutica: los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes reciban estos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad. Esta ley establece también la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica, manifestando que los farmacéuticos que ejercen en farmacia, han de colaborar con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Añade, además que para ello los farmacéuticos actuarán coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios.

El Consenso sobre Atención Farmacéutica⁵ editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2001 distingue entre las actividades profesionales del farmacéutico orientadas al medicamento y las actividades profesionales del farmacéutico orientadas al paciente. Aunque este documento se olvida de que algunos de estos servicios ya estaban funcionando en otros países^{6,7,8,9,10} hay que reconocerle el valor de ser la primera aproximación en España a la instauración de servicios cognitivos en farmacia. Entre las actividades profesionales del farmacéutico orientadas al medicamento, están la de adquirir, custodiar, almacenar y conservar, tanto las materias primas como las especialidades farmacéuticas y los productos sanitarios. Entre las orientadas al paciente, aparecen las de dispensación, formulación magistral, indicación o consulta farmacéutica, formación en el uso racional de los medicamentos, educación sanitaria, farmacovigilancia y seguimiento del tratamiento farmacológico o seguimiento farmacoterapéutico personalizado. En el propio documento del Consenso son consideradas esenciales 3 de estas actividades farmacéuticas: la indicación farmacéutica, la dispensación activa y el seguimiento farmacoterapéutico. En realidad, en el documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica⁵ se plantea como meta:

- Alcanzar la máxima aportación profesional en cada actividad y
- Tendiendo a la generalización de la práctica del seguimiento farmacoterapéutico individualizado por el farmacéutico

Más recientemente un segundo documento de consenso, el Foro de Atención Farmacéutica¹¹, aunque olvidándose de nuevo de los restantes servicios que ya existen en otros países, vuelve a considerar estas tres actividades como las básicas entre los servicios cognitivos en farmacia y también afirma que “la generalización de la Atención Farmacéutica en España ha sido un objetivo comúnmente declarado por la profesión”.

Otras publicaciones que han marcado hitos en la evolución del seguimiento farmacoterapéutico en España fueron los llamados Consensos de Granada^{12,13,14} en los que se intentó crear una definición y sendas clasificaciones de problemas relacionados con medicamentos, o de resultados clínicos negativos. Como se verá más adelante en este manual, nuestra evolución nos ha llevado a no seguir ninguno de esos tres consensos, pero su contribución ha sido fundamental en la evolución de nuestros trabajos.

Ejercicio nº 1 de autoevaluación

En España, la realización de seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias, está reconocida como una de las funciones propias del farmacéutico comunitario

- Verdadero Falso

Ejercicio nº 2 de autoevaluación

Enumera las 3 actividades profesionales del farmacéutico consideradas como “esenciales” en el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2001

Características básicas de la farmacoterapia

Las características básicas de la farmacoterapia son 2: la efectividad y la seguridad, pero, ¿Cómo se valora si la farmacoterapia de un paciente concreto reúne estas características?:

La EFECTIVIDAD

Se entiende que un medicamento o una estrategia terapéutica son efectivos si controlan suficientemente el objetivo terapéutico para el que fueron prescritos

Normalmente, el objetivo terapéutico que se pretende conseguir al instaurar el tratamiento antihipertensivo es el de controlar los valores de PAS y PAD, es decir, conseguir valores por debajo de 140/90 en pacientes sin otros problemas de salud asociados^{15,16}

Por tanto, el captoprilo será efectivo en este paciente si consigue bajar sus valores de PAS y PAD por debajo de 140/90.

La SEGURIDAD

Se entiende que un medicamento es seguro si no produce o agrava otro problema de salud en el paciente.

El paciente, a la semana de empezar a tomar captoprilo, empieza a tener otro problema de salud nuevo: una tos seca, irritativa, que empeora por la noche y que no se le calma con ningún antitusivo. Esta tos, puede ser característica¹⁷ del captoprilo y de otros IECA, pudiendo haber sido por tanto producida por el captoprilo. Por eso se dice que el captoprilo es inseguro en este paciente, por producirle otro problema de salud, la tos.

Ejercicio nº 3 de autoevaluación

Se entiende que un medicamento o una estrategia terapéutica son efectivos si controlan suficientemente el objetivo terapéutico para el que fueron prescritos

Verdadero Falso

Ejercicio nº 4 de autoevaluación

Enumera las características básicas de la farmacoterapia

Ejercicio nº 5 de autoevaluación

Se entiende que un medicamento está siendo seguro en un paciente cuando empeora el mismo problema de salud para el que fue prescrito

Verdadero Falso

El seguimiento farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico es la actividad profesional que consiste en identificar y resolver resultados clínicos negativos de la farmacoterapia mediante la evaluación de un perfil farmacoterapéutico completo y posteriores intervenciones.

Ejercicio nº 6 de autoevaluación

El seguimiento farmacoterapéutico consiste en dar consejo farmacéutico a los pacientes en el mostrador de la farmacia

Verdadero Falso

Resultado clínico negativo de la farmacoterapia

Para analizar el seguimiento farmacoterapéutico Farris y cols¹⁸ adaptaron el modelo con el que Donabedian¹⁹ propuso analizar la calidad de la atención sanitaria: el paradigma SPO (siglas inglesas de estructura, proceso y resultados [*outcomes*, en inglés]). De acuerdo a este paradigma, la calidad de la atención sanitaria es multidimensional. Este paradigma distingue entre:

- La estructura = los recursos de que se dispone
- El proceso = lo que se hace
- El resultado = el cambio en el estado de salud consecuencia del servicio sanitario prestado.

El cambio en el estado de salud del paciente puede ser: positivo o negativo.

Por ejemplo, en un servicio de cirugía de un hospital, la estructura sería el quirófano, el anestésista, el cirujano, los enfermeros, el bisturí, etc; el proceso serían la anestesia, la desinfección, la operación quirúrgica, etc.; y el resultado sería el cambio que se produzca en el estado de salud del paciente como consecuencia de esa intervención quirúrgica.

Con respecto a los medicamentos, por ejemplo, una paciente que acude a la farmacia a por un ibuprofeno 400 mg en comprimidos para su dismenorrea (porque otras veces le ha ido bien): la estructura sería el envase que contiene el medicamento (un envase que contiene ibuprofeno 400 mg comprimidos); el proceso sería todo lo relacionado con la utilización del medicamento (cómo, cuándo y de qué forma se toma el ibuprofeno la paciente); y el resultado sería el cambio que se produce en su estado de salud, es decir, el efecto que le hace (si se calma el dolor sería un resultado positivo y si no, sería negativo).

No hay duda de que la estructura y el proceso son factores importantes en la provisión de servicios de salud de alta calidad. Sin embargo, para determinar el grado de beneficio o daño que produce una intervención por parte del profesional sanitario en el paciente, es imprescindible evaluar los resultados. El objetivo de los profesionales de la salud es obtener resultados positivos con sus intervenciones, y la aparición de

resultados negativos implica la necesidad de una nueva intervención para eliminarlos.

El modelo ECHO dividió los resultados en económicos, clínicos y humanísticos²⁰:

- Resultados económicos: costes directos, indirectos o intangibles comparados con las consecuencias de las alternativas de tratamiento médico.
- Resultados humanísticos: consecuencias de la enfermedad o del tratamiento en el estado funcional o calidad de vida medida mediante varias dimensiones.
- Resultados clínicos: problemas de salud que ocurren como resultado de una enfermedad o tratamiento.

Normalmente, un clínico en su práctica clínica evalúa los resultados clínicos que van apareciendo en sus pacientes. No quiere esto decir que no pueda evaluar también los resultados humanísticos o los económicos, pero estas son prácticas que generalmente se limitan a los estudios, y no a la práctica clínica diaria.

Así, podríamos decir que los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia son cambios a peor en el estado de salud del paciente, producidos por la farmacoterapia o de la falta de farmacoterapia. Estos resultados clínicos negativos se limitan a la no consecución del objetivo terapéutico o bien a la aparición de efectos no deseados.

Ejercicio nº 7 de autoevaluación

Para saber si proporcionamos un servicio de alta calidad sólo necesitamos conocer lo que hacemos y los recursos humanos de que disponemos Verdadero Falso

Ejercicio nº 8 de autoevaluación

Define qué es un resultado clínico negativo

Posibles escenarios en la atención al paciente

En términos de proceso y resultado el profesional sanitario puede encontrar varios escenarios posibles²¹, como se muestra en la figura número 1, en la que se plantea un diagrama válido para todos los servicios cognitivos definidos como: “Servicios cognitivos son los que requieren, para poder ser proporcionados, el uso de conocimientos profesionales, y suponen la aplicación directa de esos conocimientos profesionales”.²²

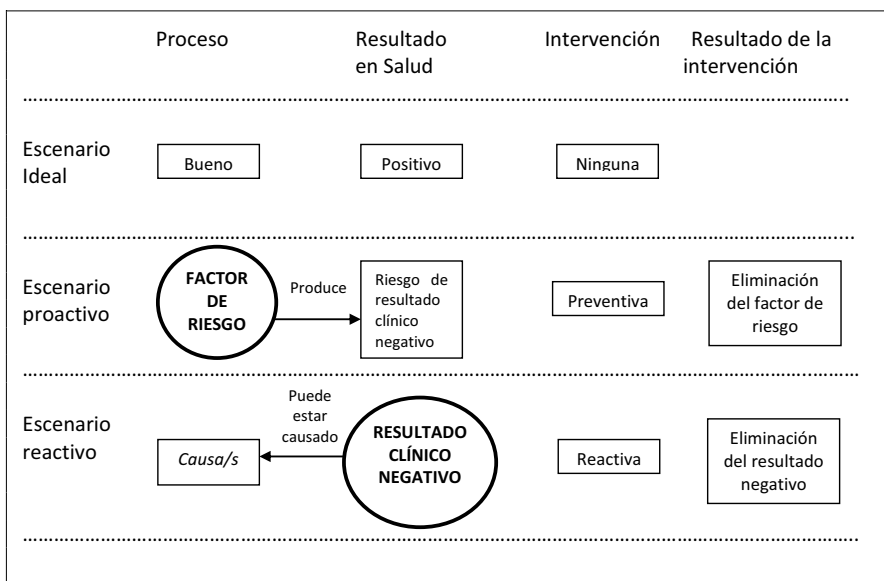


Figura 1: Posibles escenarios en la atención al paciente que encuentra el profesional sanitario

En la figura 1 aparecen remarcados con un óvalo negro los dos elementos con que puede encontrarse un profesional sanitario en la atención a un paciente, que son: bien un resultado clínico negativo, o bien un factor de riesgo. Cada una de estas situaciones se produce en un escenario diferente, que se podrían denominar escenario reactivo y escenario proactivo, respectivamente.

Escenario reactivo

El profesional puede identificar en el paciente un resultado clínico negativo, es decir un signo o síntoma no deseado y que es consecuencia de la medicación o de su ausencia. Ante este resultado negativo, debe intervenir tratando de eliminar ese resultado negativo. En ocasiones, aunque no siempre, la causa de ese resultado negativo es conocida y modificable, situación en la que el profesional podrá intervenir eliminando la causa. En otras ocasiones, la causa del resultado negativo, o bien no es conocida, o bien no es modificable, por lo que el profesional deberá buscar alternativas que resuelvan el resultado negativo sin actuar directamente sobre su causa. Este es el típico escenario del seguimiento farmacoterapéutico, que se había definido como la identificación de los resultados clínicos negativos de la medicación mediante la evaluación de la farmacoterapia del paciente.

Ejemplo: Un paciente acude a una farmacia con una receta del único medicamento que toma desde hace 3 meses, un enalapril para una hipertensión que tiene hace años. Actualmente los valores de su presión arterial (un signo) revelan que su enfermedad no está controlada. El farmacéutico comprueba que es buen cumplidor del tratamiento, y que no existe causa conocida por la que se ha producido esta ineffectividad. Puede informar al médico para que este modifique la estrategia terapéutica y trate de alcanzar el control de la enfermedad.

Escenario proactivo

En ocasiones, el profesional puede identificar un factor de riesgo de resultados negativos, es decir, un elemento incorrecto en el proceso de uso de medicamentos. Riesgo puede definirse como²³ “la probabilidad de que un evento ocurra. Incluye una variedad de medidas de la probabilidad de que un resultado, generalmente desfavorable, ocurra”. Debe entenderse que el proceso de uso de medicamentos no se limita a la utilización por parte del paciente, sino que incluye la prescripción, dispensación, utilización, y monitorización. En este momento, aún no se

ha producido el resultado negativo en el paciente, y ni siquiera existe la certeza de que se vaya a producir. A este tipo de situaciones clínicas se les dio el nombre de problemas potenciales, apartándose de la nomenclatura habitual. Este escenario no es propio del seguimiento farmacoterapéutico, sensu stricto. Lo que no quiere decir que el farmacéutico realizando seguimiento farmacoterapéutico deba ignorar las situaciones de riesgo en un paciente. Existe otro servicio cognitivo farmacéutico destinado a la identificación sistemática de estos elementos de riesgo de resultados negativos, la revisión de la medicación. Ahora bien, este otro servicio de revisión de la medicación tiene procedimientos diferentes a los del seguimiento farmacoterapéutico, así como recomendaciones de actuación diferentes. Probablemente uno de los problemas que hubo en los inicios de la práctica del seguimiento farmacoterapéutico fue no diferenciar estos dos escenarios y pretender actuar del mismo modo ante las dos situaciones. No en toda situación de riesgo debe eliminarse ese factor de riesgo. Hay muchas ocasiones en que la solución a este riesgo consiste en el seguimiento más intensivo.

Ejemplo: Un paciente está tomando 20 mg de enalapril al día y 100 mg de ácido acetilsalicílico desde hace varios años. Actualmente tiene la presión arterial controlada, pero el farmacéutico sabe que existe una interacción descrita entre estos dos medicamentos que produce reducción del efecto antihipertensor del IECA.²⁴ Aunque estamos ante una situación en la que se ha identificado un factor de riesgo de resultado clínico negativo, la recomendación de los manuales de interacciones es la de monitorizar la presión arterial, y nunca la de recomendar el cambio de antiagregante o de antihipertensivo.²⁵

Ejercicio nº 9 de autoevaluación

En un escenario reactivo el profesional sanitario puede identificar un riesgo de resultado clínico negativo Verdadero Falso

Ejercicio nº 10 de autoevaluación

En un escenario proactivo el profesional sanitario puede identificar un riesgo de resultado clínico negativo Verdadero Falso

Clasificación de resultados clínicos negativos

En nuestra opinión, uno de los elementos que puede haber sido responsable de una baja implantación del seguimiento farmacoterapéutico es el exceso de atención prestado por investigadores de todo el mundo a conseguir una clasificación del elemento objeto de trabajo, llámense problemas relacionados con medicamentos o resultados clínicos negativos.²⁶ Hace algunos años se publicó una revisión que había encontrado 56 definiciones y clasificaciones de estos elementos.²⁶ Desde entonces, algunas de esas clasificaciones han sufrido actualizaciones y han generado nuevas versiones. Como consecuencia de la experiencia de los últimos años en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en la red ALPaFaC (ver página 31), hemos propuesto no solo la simplificación, sino prácticamente la eliminación de cualquier clasificación, coincidiendo con una de las primeras publicaciones del área.²⁷

Por tanto, en una evaluación de la farmacoterapia de un paciente podemos identificar apenas tres situaciones indeseables por no satisfacerse las necesidades de la farmacoterapia (ver página 7):

El paciente está sufriendo una **inefectividad**, o está utilizando una estrategia terapéutica que está siendo inefectiva, porque no está alcanzando el objetivo terapéutico para el que fue prescrita o indicada.

El paciente está sufriendo una **inseguridad**, o está utilizando una estrategia terapéutica que está siendo insegura, porque está produciendo o agravando algún problema de salud.

El paciente tiene algún **problema de salud no tratado**, cuando debería estar siendo tratado.

Ejercicio nº 11 de autoevaluación

Describe los tres posibles resultados clínicos negativos derivados de la farmacoterapia que puede identificar un farmacéutico en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico

Causas de los resultados clínicos negativos.

Otro de los grandes problemas que ha dificultado el avance del seguimiento farmacoterapéutico ha sido, en nuestra opinión, la permanente confusión entre 'causas' y 'resultados'. Esto no es más que un reflejo de la falta de conceptualización de los escenarios posibles de cuidados de un paciente. La dificultad del análisis causal es ampliamente conocida entre los epidemiólogos. El primero de los problemas es que mientras que si podemos identificar de modo unívoco un resultado clínico negativo, normalmente no existirá una única causa de ese resultado: multifactorialidad de la causalidad. Un ejemplo de esta complejidad puede ser:²⁶

Ejemplo: un paciente puede tener los niveles de colesterol total elevados a pesar de que tiene prescrita una estatina. En realidad no está cumpliendo el tratamiento debido a que sus problemas de erección han empeorado, cosa que él paciente asocia inequívocamente al uso de este medicamento. El médico intentó resolver la situación prescribiendo sildenafil, pero el paciente no puede permitirse pagarlo y prefirió reducir al uso de la estatina. En este caso, el resultado clínico negativo es obvio: el paciente sufre una ineffectividad del tratamiento hipolipemiente. Pero ¿cuál sería la causa de esta ineffectividad?:

¿Una escasa toma de medicamento?

¿El incumplimiento?

¿La ausencia de cobertura de su seguro?

¿Las escasas alternativas al tratamiento con estatinas?

¿Las creencias y actitudes del paciente ante la salud?

¿Un orden de prioridades equivocado en el paciente?

¿Una falta de educación sanitaria de los profesionales que atienden a este paciente?

O bien ¿Todas las posibilidades anteriores?

Probablemente la respuesta sea que todas ellas son causas de la ineffectividad del tratamiento con estatina.

La imposibilidad de determinar una única causa para cada resultado clínico negativo hace que no se pueda hablar de una verdadera clasificación de causas de éstos que cumpla las condiciones de una

clasificación: ser universal, unívoca y que tenga categorías mutuamente excluyentes.

Ejercicio nº 12 de autoevaluación

Es posible realizar una clasificación de causas de resultados clínicos negativos que cumpla las condiciones de una clasificación universal Verdadero Falso

Ejercicio nº 13 de autoevaluación

Enumera las 3 condiciones de una clasificación

El perfil farmacoterapéutico

Para construir un perfil farmacoterapéutico, partimos del modelo para presentación de casos clínicos que desarrollamos hace algunos años²⁸, conservando las ideas con que fue concebido:

- Que proporcione una imagen clara de la situación del paciente, pudiendo correlacionar cada problema de salud con el o los medicamentos que utilice para este, en un momento determinado
- Que permita la presentación del caso de un paciente que ha recibido seguimiento a largo plazo
- Que ayude a realizar correctamente la evaluación

En el perfil farmacoterapéutico de un paciente aparecerán:²⁸

- Todos los problemas de salud presentes en el paciente
- Todas las situaciones de riesgo que tengan entidad bien por su inminente manifestación, bien por su gravedad
- Todos los medicamentos utilizados por el paciente seguidos, tras la aportación de Correr y cols²⁹, de la pauta que prescribió el médico para cada uno de ellos (pauta prescrita), y de la pauta con la que el paciente utiliza cada medicamento (pauta utilizada).

El elemento más importante del perfil farmacoterapéutico consiste en el emparejamiento medicamento-objetivo terapéutico. Cuando se utiliza más de un medicamento para un mismo problema de salud se denomina estrategia terapéutica y se sitúa en una única línea del perfil. En el caso de que un medicamento estuviese siendo utilizado para más de un problema de salud (tuviese varios objetivos terapéuticos), el medicamento debería aparecer repetido y emparejado a todos esos problemas de salud.²⁸

En relación a los medicamentos prescritos que el paciente no está utilizando, hay dos alternativas, igualmente válidas, aunque recomendamos la segunda:

- Pueden colocarse en el perfil los medicamentos prescritos y no utilizados, indicando la pauta prescrita, y ‘no utiliza’ en la pauta utilizada.
- Pueden obviarse en el perfil y colocar una nota en el espacio de observaciones.

En el perfil farmacoterapéutico^{28, 29} hay 4 zonas bien diferenciadas, como se aprecia en la figura 2, que son:

1. La cabecera que contiene los datos del paciente y la fecha de ese perfil (en entorno hospitalario, puede ser necesario colocar también la hora).
2. La relación de problemas de salud del paciente, que se sitúan en la parte izquierda del perfil. Cada problema de salud está precedido por la fecha en la que apareció.
3. La relación de medicamentos que utiliza el paciente ocupa el segundo tercio del perfil. Para cada medicamento se indica su fecha de instauración, la pauta prescrita y la pauta realmente utilizada. Es importante recordar que cada medicamento debe estar emparejado en la misma línea que el problema de salud para el que está siendo utilizado (su objetivo terapéutico)
4. La zona de evaluación, que se rellenará cuando se realice la evaluación del perfil farmacoterapéutico (ver página 31).³⁰

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:				Fecha: dd/mm/aa		
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado

Figura 2. Modelo de perfil farmacoterapéutico^{28,29} con información sobre: el paciente y fecha (1ª parte), los problemas de salud que tiene (2ª parte), los medicamentos que toma (3ª parte), y la evaluación (4ª parte).

Ejemplos de perfiles farmacoterapéuticos

A continuación planteamos las distintas situaciones que pueden aparecer en la cumplimentación de un perfil farmacoterapéutico. Aunque este apartado pueda parecer repetitivo, hemos pretendido incluir la mayoría de situaciones que pueden aparecer. En la práctica, los perfiles farmacoterapéuticos de los pacientes suelen incorporar varias de estas situaciones en un mismo perfil.

CASO 1

Un paciente que tenga 1 problema de salud para el que tome 1 sólo medicamento

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1					

Figura 3. Caso 1: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud tratado

Ejemplo 1:

Paciente, mujer de 22 años, que no tomaba ningún medicamento hasta ayer, día 12 de julio de 2007, que acudió a la farmacia a por ibuprofeno 400 mg para calmar su dismenorrea. Dice que otras veces tomando un comprimido cada 8 horas le ha ido bien.

Para construir correctamente su perfil farmacoterapéutico a día de hoy, hemos de identificar a la paciente, poner la fecha del perfil (13/07/07) y rellenar el perfil como se muestra en la siguiente figura:

Perfil farmacoterapéutico		Paciente: Mujer de 22 años...		Fecha: 13/07/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
12/07/07	a) Dismenorrea	12/07/07	Ibuprofeno 400 mg cp	1-1-1	1-1-1			

Figura 4. Ejemplo del caso 1: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud tratado

En este caso se trata de una mujer de 22 años: Se comprueba que ésta sufre un único problema de salud, la dismenorrea. Esta dismenorrea va precedida de su fecha de aparición, como se comprueba en la casilla que está inmediatamente por debajo de la casilla “desde”, que aparece en la misma línea.

Se observa también que, en la misma línea que la dismenorrea aparece emparejado el medicamento (completamente identificado) que toma la paciente para esa dismenorrea, así como la fecha en la que inicia el uso del ibuprofeno. A continuación de los datos del medicamento se sitúan tanto la pauta prescrita, como la pauta que la paciente toma de ese medicamento concreto.

CASO 2

Un paciente que tome dos medicamentos distintos para dos problemas de salud diferentes

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1					
dd/mm/aa	b) Problema de salud B	dd/mm/aa	Medicamento 2					

Figura 5. Caso 2: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud diferentes tratados

Ejemplo 2:

Paciente, varón de 61 años que toma un comprimido de captoprilo 25 mg cada 12 horas, antes del desayuno y la cena, desde hace 3 meses. Viene a la farmacia pidiendo que le tomemos la “tensión”. Presenta un valor medio de 160/90 mm Hg.

Se le anima a volver a tomarse la tensión a la farmacia las dos semanas siguientes. Vuelve y la farmacia a que se le tome la tensión y en las dos ocasiones presenta valores superiores a 155/90 mm Hg.

Además, desde hace unos 3 años tiene problemas de estómago, “ardores” de vez en cuando. El médico le ha prescrito Almagato suspensión y siempre que le pasa, toma un sobrecito y le va muy bien.

En este caso tenemos un perfil de fecha 27/07/07, que resultaría así:

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 27/07/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
10/04/07	a) Hipertensión	10/04/07	Captoprilo 25 mg cp	1-0-1	1-0-1			
01/07/04	b) Ardores	01/07/04	Almagato susp	Si ardores	Si ardores			

Figura 6. Ejemplo del caso 2: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud diferentes tratados

En este perfil farmacoterapéutico se observa que el paciente a esta fecha tiene hipertensión arterial desde el 10 de abril de 2007. En su misma línea aparece el medicamento que toma para la hipertensión arterial y desde cuando lo toma. A continuación de la información sobre el medicamento de que se trata aparece la pauta prescrita por el médico de captoprilo, así como la pauta que usa el paciente en la realidad.

En la siguiente línea se presenta el problema de salud “b” de este paciente, los ardores (más adelante se verá la utilidad de las letras identificativas de los problemas de salud). En esa línea se expone toda la información que se tiene sobre ese problema de salud. Se sabe que tiene ardores desde el 1 de junio de 2004 y que desde entonces (porque es la fecha en la que inicia el uso de almagato) usa ese medicamento. A continuación aparece en la columna “pauta prescrita” cómo le dijo el médico que tomara almax y en la columna “pauta utilizada” aparece la forma en que lo toma realmente el paciente.

CASO 3

Paciente que tiene 1 problema de salud para el que toma 2 medicamentos.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1 Medicamento 2					

Figura 7. Caso 3: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud para el que toma 2 medicamentos

Ejemplo 3

Paciente con hipertensión arterial, diagnosticada por su médico hace 2 años, que toma desde hace 2 años 5 mg de torasemida por la mañana y desde hace 3 meses captoprilo 25 mg cada 12 horas

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 13/07/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
01/07/05	a) Hipertensión	01/07/05	Torasemida 5 mg cp	1-0-0	1-0-0			
		04/04/07	Captoprilo 25 mg cp	1/12 h	1/12 h			

Figura 8. Ejemplo del caso 3: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud para el que toma 2 medicamentos

En este tercer caso se aprecia un paciente con un único problema de salud (la hipertensión arterial) que comenzó el 1 de julio de 2005, como aparece bajo la casilla “desde” en la zona de los problemas de salud y en la misma línea que la hipertensión.

Este paciente usa dos medicamentos desde fechas distintas para un mismo problema de salud. Por tanto, ambos medicamentos, torasemida y captoprilo aparecen en la zona destinada a los medicamentos (y en la misma celdilla), emparejados al problema de salud para el que los utiliza el paciente. Cada uno de ellos va precedido de la fecha en la que empezó a tomarlos el paciente. A continuación de la descripción de cada uno de

los medicamentos se indica la pauta prescrita y la pauta que realmente usa el paciente de cada medicamento

CASO 4

Paciente que tiene un problema de salud para el que no toma ninguna medicación

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION			
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado	
dd/mm/aa	a) Problema de salud A								

Figura 9. Caso 4: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud no tratado

Ejemplo 4

Paciente que viene habitualmente a la farmacia a medirse la presión arterial y siempre tiene valores por encima de 140/90 mm Hg. Nos dice que debería tomar el medicamento que le ha prescrito el médico porque tiene la tensión alta desde hace año y medio, pero que hace un año que no lo toma, porque él se encuentra muy bien.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 05/02/07					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION			
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado	
01/02/06	a) Hipertensión arterial								
Observaciones: Prescrito un antihipertensivo que no toma.									

Figura 10. Ejemplo del caso 4: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 1 problema de salud no tratado

Se aprecia que este paciente sólo tiene un problema de salud, la hipertensión arterial. Según nuestra recomendación, no aparece el

antihipertensivo que le prescribió el médico, pero sí se indica en observaciones que existe.

CASO 5

Paciente que toma un medicamento para un problema de salud. Este medicamento le causa otro problema de salud distinto.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1					
dd/mm/aa	b) Problema de salud B							

Figura 11. Caso 5: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente que toma 1 medicamento para 1 problema de salud y con 1 problema de salud no tratado

Ejemplo 5

Paciente, mujer, de 28 años, que está diagnosticada de depresión desde hace 10 semanas para lo que tiene prescrito fluoxetina 20 mg cada 24 horas. No se encuentra mejor de ánimo y además, ahora está preocupada porque desde que toma este medicamento tiene disminución de deseo sexual. Reconoce que de vez en cuando se le olvida tomar “la pastilla”, en realidad ha usado menos de una caja de 28.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 30/01/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
15/10/06	a) Depresión	15/10/06	Fluoxetina 20 mg cp	1/24 h	1/48 h			
Nov/06	b) Reducción de la libido							

Figura 12. Ejemplo del caso 5: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente que toma 1 medicamento para 1 problema de salud y con 1 problema de salud no tratado

Se trata de un perfil farmacoterapéutico que presenta en la primera línea un problema de salud, la depresión, que va precedido de la fecha en que fue diagnosticado. A continuación, en la misma línea aparece desde

cuándo está tratado con la fluoxetina y las pautas prescrita y realmente utilizada, que en este caso no son idénticas.

En la segunda línea aparece un problema de salud y la fecha desde la cual la paciente afirma padecerlo. Este problema de salud está sin tratar, por lo que no aparece ningún medicamento en su misma línea.

CASO 6

Paciente que toma un medicamento que trata los 2 problemas de salud que tiene

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION			
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado	
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1						
dd/mm/aa	b) Problema de salud B	dd/mm/aa	Medicamento 1						

Figura 13. Caso 6: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud tratados con el mismo medicamento

Ejemplo 6

Paciente de 70 años que según dice tiene: “problemas benignos de próstata” desde hace 5 años y de “tensión” un par de años antes. El dice sentirse estupendamente desde que toma la tamsulosina desde hace 5 años. Está muy contento porque sólo toma “una pastilla” al día por las mañanas, 30 minutos después de desayunar.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 15/02/07					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION			
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado	
01/01/00	a) Hipertensión arterial	10/01/02	Tamsulosina 400 mcg cp	1-0-0	1-0-0				
10/01/02	b) Hiperplasia benigna de próstata	10/01/02	Tamsulosina 400 mcg cp	1-0-0	1-0-0				

Figura 14. Ejemplo del caso 6: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud tratados con el mismo medicamento

En este caso se trata de un paciente que padece hipertensión arterial que aparece como problema de salud “a”. En su misma línea en la zona de los medicamentos se sitúa el que toma para tratar esa hipertensión, la tamsulosina de 400 microgramos en comprimidos, seguida de la pauta prescrita y la pauta utilizada.

En la segunda línea se muestra el otro problema de salud que tiene este paciente, la hiperplasia benigna de próstata. En esa misma línea, en la zona de los medicamentos, la misma tamsulosina de 400 mcg, seguida de las pautas.

Más adelante se verá la importancia de emparejar cada medicamento al objetivo terapéutico que persigue (en el epígrafe “Cómo se realiza una evaluación”), explicando así por qué aparece en el perfil el mismo medicamento para dos problemas de salud distintos. Es importante entender que el paciente no está tomando dos veces la tamsulosina, sino que esta disposición es necesaria para evaluar correctamente este perfil farmacoterapéutico.

CASO 7

Paciente que tiene dos problemas de salud: un problema de salud de base y una manifestación aguda de ese problema de salud

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:	Fecha: dd/mm/aa					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
Dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1					
Dd/mm/aa	b) Problema de salud B= Crisis del Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 2					

Figura 15. Caso 7: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud tratados con distintos medicamentos: un problema de salud de base y una crisis de ese problema de salud

Ejemplo 7

Paciente de 45 años que tiene diagnosticado por un neumólogo “asma”. Viene a la farmacia a recoger los dos medicamentos que se lleva habitualmente desde el 21 de mayo de 2007, fluticasona polvo inhalación 100 mcg 60 dosis y salbutamol 100 mcg inhalador 100 dosis. Dice que hace 2 semanas que tiene mucho jaleo en el trabajo y en casa y que desde entonces está bien “gracias al salbutamol”, del que toma muchas más dosis que antes. El farmacéutico le pregunta ¿cuántas inhalaciones al día de salbutamol estás utilizando estas dos semanas? Y el paciente responde que se administra 2 inhalaciones entre 4 y 6 veces cada día.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 21/05/09				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
21/05/07	a) Asma	03/02/08	Fluticasona 100 mcg inhal	1-0-1	1-0-1			
21/05/07	b) Crisis asmática	06/05/09	Salbutamol 100 mcg inhal	Si crisis	8 - 12 inh/día			

Figura 16. Ejemplo del caso 7: modelo de perfil farmacoterapéutico de un paciente con 2 problemas de salud tratados con distintos medicamentos: un problema de salud de base y una crisis de ese problema de salud

En este caso se trata de un paciente que padece asma que aparece en la primera línea de los problemas de salud precedido de la fecha a la que se le diagnosticó. En su misma línea en la zona de los medicamentos se sitúa el que toma para tratar ese problema, la fluticasona 100 microgramos inhalador.

En la segunda línea se muestra el otro problema de salud que tiene este paciente, la crisis asmática. En esa misma línea consta en la zona de los medicamentos el que utiliza para este problema, el salbutamol 100 mcg, seguida de las pautas.

En el epígrafe “Cómo se realiza una evaluación” se verá la importancia de mantener el emparejamiento de los medicamentos con sus objetivos terapéuticos. En este caso, el objetivo de un corticoide inhalado no es el mismo que el del agonista beta-2 inhalado.

Ejercicio nº 14 de autoevaluación

Cada perfil farmacoterapéutico corresponde a un paciente concreto durante todo el tiempo que se le realice seguimiento farmacoterapéutico desde el inicio al fin

- Verdadero Falso

Ejercicio nº 15 de autoevaluación

Cuando un medicamento está siendo utilizado para alcanzar varios objetivos terapéuticos deberá aparecer repetido y emparejado a todos ellos

- Verdadero Falso

Ejercicio nº 16 de autoevaluación

En el perfil farmacoterapéutico se emparejan horizontalmente los problemas de salud que tiene el paciente con el ó los medicamentos que toma para cada uno de esos problemas de salud Verdadero Falso

La evaluación de resultados de la farmacoterapia

La utilidad de procedimientos sistemáticos de detección de resultados clínicos negativos fue demostrada al compararlos con procedimientos de revisión tradicional.³¹ En España, tras los dos primeros consensos de Granada^{12,13}, se diseñaron sistemáticas de evaluación adaptadas a cada uno de ellos.^{32,30} Como se ha expuesto anteriormente, en este manual hemos pretendido simplificar al máximo el procedimiento del seguimiento farmacoterapéutico y hemos obviado las clasificaciones de resultados clínicos negativos. Como consecuencia, ninguna de las sistemáticas diseñadas para aquellas clasificaciones nos son útiles, si bien los principios de la evaluación son similares y continuamos utilizando el documento de perfil farmacoterapéutico²⁸, con las modificaciones que algunos autores realizaron.²⁹ Es importante recordar que las celdas de los medicamentos pueden contener sólo un medicamento, varios medicamentos (una estrategia terapéutica conjunta), o ningún medicamento (cuando el problema de salud no está siendo tratado).

Para identificar resultados clínicos negativos de la farmacoterapia de un paciente es imprescindible construir previamente el perfil farmacoterapéutico completo a una fecha determinada. No se puede evaluar parcialmente un perfil farmacoterapéutico, ni sirve de nada construir parte de un perfil de un paciente y evaluarlo completo. En ninguno de estos dos casos podremos obtener una evaluación veraz.

La simplificación del procedimiento del seguimiento, en relación al proceso de evaluación nos ha llevado a dos elementos innovadores:

1. Siempre que la respuesta a una pregunta sea negativa, se habrá detectado un resultado clínico negativo.

2. Sólo pueden identificarse tres tipos de resultados clínicos negativos:
- Inefectividad de estrategia terapéutica en el control de un problema de salud,
 - Inseguridad de un principio activo por producir o agravar otro problema de salud,
 - Identificación de un problema de salud sin tratar, cuando debería estar tratado.

A continuación se expone el proceso a seguir para la identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. El proceso tiene dos fases: en una primera se identifican efectividad y seguridad en los problemas de salud con tratamiento farmacológico; en la segunda se identifican problemas de salud sin tratamiento, cuando deberían tenerlo. A partir del perfil farmacoterapéutico construido, se realiza una serie de preguntas para cada línea en las que exista medicación asociada (problemas tratados):

- ¿Está siendo efectivo el medicamento (o la estrategia terapéutica) que persigue este objetivo terapéutico?
O lo que es lo mismo: ¿Está controlando **SUFICIENTEMENTE** el objetivo terapéutico para el que fue prescrito o indicado?, o también ¿Está alcanzando **SUFICIENTEMENTE** el objetivo terapéutico para el que fue prescrito o indicado?

RESPUESTA NEGATIVA: Si la respuesta es “NO” se habrá identificado un **resultado clínico negativo de ineffectividad**.

La efectividad es evaluada conjuntamente para todos los principios activos que componen la estrategia terapéutica que van a tener un objetivo terapéutico común

- Para cada uno de los principios activos de este medicamento o de la estrategia terapéutica:
¿Está siendo seguro este principio activo para este paciente? O lo que es lo mismo: ¿Este principio activo está produciendo o agravando algún problema de salud?

RESPUESTA NEGATIVA. Si la respuesta es “NO” se habrá de identificar el problema de salud que está produciendo que, por concepto, estará en una línea diferente del perfil farmacoterapéutico. Por ello, la importancia de identificar los problemas de salud con letras, ya que así podremos decir “Inseguro por c)”. Se habrá detectado así un **resultado clínico negativo de inseguridad de la farmacoterapia**.

La seguridad es evaluada para cada uno de los principios activos que toma el paciente, aunque formen parte de una misma estrategia terapéutica, o incluso de una misma especialidad farmacéutica.

Este proceso se repite tantas veces como problemas de salud con tratamiento farmacológico existan en el perfil farmacoterapéutico. Una vez concluida esta primera fase, analizamos si el resto de problemas de salud (los que no tienen tratamiento farmacológico) deberían tenerlo.

- Para el 1º problema de salud sin tratamiento (no asociado a la inseguridad de ningún principio activo): ¿Es correcto que este problema de salud esté sin tratamiento?

RESPUESTA NEGATIVA: Si la respuesta es “No es correcto”, o lo que es lo mismo, necesitaría tratamiento, se ha identificado un **resultado clínico negativo de necesidad de farmacoterapia**: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no ser tratado con medicamentos.

RESPUESTA AFIRMATIVA. En este momento se habrá finalizado el proceso de evaluación del perfil farmacoterapéutico del paciente.

La necesidad es evaluada cuando se ha completado el proceso anterior y aparecen en el perfil uno o más problemas de salud sin tratamiento que no hayan sido asociados a la inseguridad de ningún principio activo

Mitos en el proceso de evaluación de los resultados de la farmacoterapia

Inefectividad de problemas por falta de control total

Uno de los errores más frecuentes en seguimiento farmacoterapéutico es el de considerar las guías de práctica clínica como inmutables y de valor superior a la opinión del médico. No podemos olvidar que el médico es el último responsable de la selección del tratamiento para cada paciente. Esto no solo se limita a la selección del principio activo, sino también su dosis, frecuencia, vía de administración, etc. El médico establece el tratamiento tras una sospecha diagnóstica (no siempre es un diagnóstico confirmado), y tras la evaluación del estado de evolución de ese problema de salud. Asimismo tiene en cuenta otros problemas de salud, y factores psicológicos del paciente. Al final de ese proceso, debería tener una idea clara, no solo de qué tratamiento quiere instaurar, sino también de lo que espera conseguir con ese tratamiento: el objetivo terapéutico.

En ocasiones, este objetivo terapéutico deseado puede ser más conservador que el marcado como situación óptima en las guías de práctica clínica de esa enfermedad. Eso quiere decir, que el médico puede considerar como resultado positivo de un tratamiento lo que un farmacéutico en una lectura estricta de las guías consideraría un resultado negativo. Realizar intervenciones para resolver un resultado negativo que no es considerado por el médico como un resultado negativo es una garantía de, primero un fracaso en esa intervención, y segundo y más importante, de perder la confianza de ese médico en el farmacéutico y en el seguimiento farmacoterapéutico para próximas intervenciones.

Este es el motivo por el que sería necesario conocer los objetivos terapéuticos establecidos por el médico en cada paciente y en cada momento. Para realizar seguimiento farmacoterapéutico la información que podríamos pedir al médico, y sería de más ayuda, son los objetivos terapéuticos y no los diagnósticos como reclaman algunos. La evaluación de la efectividad debe realizarse en base a haberse alcanzado o no los objetivos terapéuticos establecidos para ese momento, y no los valores normales de la guía de práctica clínica.

Seguimiento farmacoterapéutico y factores de riesgo

Otras de las situaciones que ha sufrido controversia a lo largo del tiempo es la pretendida prevención como parte del seguimiento farmacoterapéutico. No cabe duda que la prevención es una de las actividades importantes en la atención sanitaria. Pero tampoco debería haber duda que no todos los servicios o actividades sanitarias están enfocados en la prevención como fin básico. Este es el caso del seguimiento farmacoterapéutico, al menos si es definido como la identificación y resolución de resultados clínicos negativos. Anteriormente insistimos en diferenciar entre resultados negativos y factores de riesgo (ver “Qué es un resultado clínico negativo de la farmacoterapia”).

La detección de estas situaciones de riesgo que podrían llevar a resultados clínicos negativos son parte de otro servicio cognitivo que se denomina revisión de la medicación. Aunque este servicio no fue mencionado en el Consenso sobre Atención Farmacéutica⁵ ni en el Foro¹¹, está siendo prestado con éxito (y hasta remunerado) en varios países.^{6,8}

Los procedimientos del seguimiento farmacoterapéutico y de la revisión de la medicación son diferentes. Los datos que necesitamos para evaluar la situación son diferentes. Los objetivos buscados son diferentes. Realizar estas dos tecnologías de salud sin diferenciarlas, es una garantía de que las dos van a ser realizadas incorrectamente.

Esto no quiere decir que, cuando un farmacéutico esté realizando seguimiento farmacoterapéutico e identifique una situación de riesgo que podría llevar a un resultado negativo, deba ignorarla. Muy al contrario, si el riesgo es inminente, o si la gravedad del resultado sería elevada, el factor de riesgo debería ser eliminado mediante una intervención esporádica. La prestación de un servicio no consiste en la concatenación de intervenciones esporádicas, sino en la práctica sistemática de un procedimiento. Cuando se está prestando revisión de la medicación no se encuentran las situaciones de riesgo sino que se buscan sistemáticamente y se identifican.

Ejercicio nº 17 de autoevaluación

El médico, una vez establecido el diagnóstico es el encargado de seleccionar el principio activo, su dosis, frecuencia, vía de administración, etc. Verdadero Falso

Ejercicio nº 18 de autoevaluación

Lo que se espera conseguir con un tratamiento para un paciente es el objetivo terapéutico Verdadero Falso

Ejercicio nº 19 de autoevaluación

La evaluación de la efectividad debe realizarse en base a haberse alcanzado o no los objetivos terapéuticos establecidos para ese momento, y no los valores normales de la guía de práctica clínica Verdadero Falso

Ejercicio nº 20 de autoevaluación

La detección de situaciones de riesgo que podrían llevar a resultados clínicos negativos son parte de un servicio cognitivo que se denomina revisión de la medicación Verdadero Falso

Ejemplos de evaluación de perfiles farmacoterapéuticos

La parte derecha del formulario del perfil farmacoterapéutico es donde se recoge la evaluación del perfil. Consta de tres columnas: las dos primeras son para responder afirmativa o negativamente a las preguntas de efectivo y seguro de cada medicamento o estrategia terapéutica. En la tercera columna se describe el resultado clínico negativo que se encuentra cada vez que aparece una respuesta negativa a esas preguntas o aparece un problema no tratado que debería estarlo.

Cumplimentar correctamente esta hoja, incluyendo el resultado de la evaluación tiene al menos dos objetivos: Por un lado este perfil farmacoterapéutico evaluado es el mejor documento para archivar en el historial del paciente, ya que incluye todos los datos que necesitamos para recordar cuál era la situación del paciente a esta fecha. Pero por otro lado, algunos autores han estudiado la posibilidad de utilizar esa hoja como formulario de comunicación con otros profesionales de la salud, médicos u otros farmacéuticos comunitarios u hospitalarios.³³

En la figura 17 se presenta un perfil farmacoterapéutico evaluado con una representación de cada uno de los tres resultados clínicos negativos de la farmacoterapia descritos en el presente documento.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
dd/mm/aa	a) Problema de salud A	dd/mm/aa	Medicamento 1 Medicamento 2	x-x-x	x-x-x	N	S	Inefectividad
dd/mm/aa	b) Problema de salud B	dd/mm/aa	Medicamento 3	x-x-x	x-x-x	S	N	Inseguridad (c)
dd/mm/aa	c) Problema de salud C							
dd/mm/aa	d) Problema de salud D							Prob. No tratado

Figura 17. Modelo de evaluación con identificación de los 3 resultados clínicos negativos de la farmacoterapia posibles.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 1

Paciente, mujer de 22 años, que no tomaba ningún medicamento hasta ayer, día 12 de julio de 2007, que acudió a la farmacia a por ibuprofeno 400 mg para calmar su dismenorrea. Dice que otras veces tomando un comprimido cada 8 horas le ha ido bien.

Para construir correctamente su perfil farmacoterapéutico a día de hoy, hemos de identificar a la paciente, poner la fecha del perfil (13/07/07) y rellenarlo, que resulta como se muestra en la siguiente figura:

Perfil farmacoterapéutico		Paciente: Mujer de 22 años...				Fecha: 13/07/07		
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
12/07/07	a) Dismenorrea	12/07/07	Ibuprofeno 400 mg cp	1-1-1	1-1-1	S	S	

Figura 18. Evaluación del ejemplo del caso 1

Para el primer (único en este caso) problema de salud tratado, la dismenorrea:

- ¿Está siendo efectivo el ibuprofeno para tratar el dolor que se produce en la menstruación?.

La respuesta es “sí” porque está controlando suficientemente el dolor según nos ha comentado la paciente, al decirnos que le va bien. Por tanto, se añade en la celda de la efectividad una “S”.

- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica, en este caso el ibuprofeno: ¿Está siendo seguro el ibuprofeno para esta paciente?. Y la respuesta es “sí”, puesto que, al no haber ningún otro problema de salud en el perfil, podemos decir que el ibuprofeno no está produciendo o agravando ningún problema de salud. De ahí que se rellene la casilla de la seguridad con una “S”.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 2

Paciente, varón de 61 años que toma un comprimido de captoprilo 25 mg cada 12 horas, durante el desayuno y la cena, desde hace 3 meses.

Viene a la farmacia el 27/07/07 pidiendo que le tomemos la tensión. Presenta un valor medio de 160/90 mm Hg.

Además, desde hace unos 3 años tiene problemas de estómago, “ardores” de vez en cuando. El médico le ha prescrito Almax y siempre que le pasa, toma un sobrecito y le va muy bien.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 27/07/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
10/04/07	a) Hipertensión	10/04/07	Captoprilo 25 mg cp	1/12 h	1/12 h	N	S	Inefectividad
01/07/04	b) Ardores	01/07/04	Almagato susp	Si ardores	Si ardores	S	S	

Figura 19. Evaluación del ejemplo del caso 2

Para el 1º problema de salud tratado, la hipertensión arterial:

- ¿Está siendo efectivo el captoprilo que persigue controlar los valores de presión arterial? La respuesta es “no” puesto que el objetivo terapéutico perseguido era alcanzar valores por debajo de 140/90 mm de Hg.
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo seguro el captoprilo activo para este paciente? La respuesta es que en principio “sí”, porque no hay ningún efecto adverso descrito de este medicamento que esté descrito como problema de salud en el perfil del paciente.

Para el 2º problema de salud tratado, los ardores:

- ¿Está siendo efectivo el Almagato que persigue controlar los ardores? Sí, porque él dice que se le calman los ardores. Se añade una “S” en la casilla de la efectividad del almax.
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo seguro el almagato para este paciente? Sí, porque no produce o agrava ningún otro problema de salud en el paciente que esté descrito entre los efectos adversos de almax.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 3

Paciente con hipertensión arterial diagnosticada por su médico hace 2 años que toma desde hace 2 años 5 mg de torasemida por la mañana y desde hace 3 meses captoprilo 25 mg cada 12 horas.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 13/07/07					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION			
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado	
01/07/05	a) Hipertensión	01/07/05 04/04/07	Torasemida 5 mg cp Captoprilo 25 mg cp	1-0-0 1/12 h	1-0-0 1/12 h	?	S S		

Figura 20. Evaluación del ejemplo del caso 3

Para el 1º problema de salud tratado, la hipertensión arterial:

- ¿Está siendo efectiva la estrategia terapéutica (Torasemida y captoprilo) que persigue controlar los valores de presión arterial? La respuesta es que no sabemos, ya que no tenemos información al respecto (símbolo de interrogación en la casilla de la efectividad).
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica:
 - ¿Está siendo segura la torasemida en este paciente? La respuesta es que sí, porque no está descrito en este perfil ningún otro problema de salud que pueda ser atribuido a la torasemida.
 - ¿Está siendo seguro el captoprilo activo para este paciente? La respuesta es que en principio “sí”, por el mismo motivo.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 4

Se trataba de un paciente que viene habitualmente a la farmacia a medirse la presión arterial y siempre tiene valores por encima de 140 y 90 mm Hg. Nos dice que debería tomar el medicamento que le ha prescrito el médico porque tiene la tensión alta desde hace año y medio, pero que hace un año que no lo toma, porque él se encuentra muy bien.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:				Fecha: 05/02/07		
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
01/02/06	a) Hipertensión arterial							Prob. No tratado

Figura 21. Evaluación del perfil farmacoterapéutico 4

Al no haber ningún problema de salud tratado no se hacen las preguntas de efectividad y seguridad de los tratamientos.

- Para el 1º problema de salud sin tratamiento (no asociado a la inseguridad de ningún principio activo): ¿Es correcto que la hipertensión arterial esté sin tratamiento? En este caso la respuesta es negativa y se coloca “Problema de salud no tratado” en la columna de resultado.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 5

Paciente, mujer, de 28 años, que está diagnosticada de depresión desde hace 10 semanas para lo que tiene prescrito fluoxetina 20 mg cada 24 horas. No se encuentra mejor de la “depre” y además, ahora está preocupada porque desde que toma este medicamento tiene disminución de deseo sexual. Reconoce que de vez en cuando se le olvida tomar “la pastilla”, en realidad ha usado menos de una caja de 28, pero como se va de vacaciones y en el Centro de Salud le han hecho otra receta, se quiere llevar otra caja.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 30/01/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
15/10/06	a) Depresión	15/10/06	Fluoxetina 20 mg cp	1/24 h	1/48 h	N	N	Inefectividad Inseguridad (b)
Nov/06	b) Reducción de la libido							

Figura 22. Evaluación del ejemplo del caso 5

Para el 1º problema de salud tratado, la depresión:

- ¿Está siendo efectiva la fluoxetina que persigue controlar este objetivo terapéutico? La respuesta es que no, porque este medicamento comienza su efecto máximo 4 a 6 semanas tras su inicio³⁴ y ella dice que no está mejor.
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo segura la fluoxetina en esta paciente? La respuesta es que no, porque existe un problema de salud en la paciente, “reducción de la libido”, que está descrito como efecto adverso de la fluoxetina³⁴ y que se ha manifestado en la paciente con posterioridad al inicio del tratamiento con fluoxetina.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 6

Paciente de 70 años que según dice tiene: “problemas benignos de próstata” y de “tensión”. El dice sentirse estupendamente desde que toma la tamsulosina desde hace 5 años. Está muy contento porque sólo toma “una pastilla” al día por las mañanas, 30 minutos después de desayunar.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: dd/mm/aa				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
10/01/02	a) Hiperplasia benigna de próstata	10/01/02	Tamsulosina 400 mcg cp	1-0-0	1-0-0	S	S	
10/01/02	b) Hipertensión arterial	10/01/02	Tamsulosina 400 mcg cp	1-0-0	1-0-0	?	S	

Figura 23. Evaluación del ejemplo del caso 6

Para el 1º problema de salud tratado, la hiperplasia benigna de próstata:

- ¿Está siendo efectiva la tamsulosina para el primer objetivo terapéutico que persigue: controlar la hiperplasia benigna de próstata? Si tenemos en cuenta la ausencia de síntomas por parte del paciente achacables a la hiperplasia benigna de próstata³⁵, podemos considerar que sí está siendo efectiva.
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo segura la tamsulosina en este paciente? La respuesta es que sí ante la ausencia de otros problemas de salud atribuibles a la tamsulosina³⁶ en este perfil.

Para el 2º problema de salud tratado, la hipertensión arterial:

- ¿Está siendo efectiva la tamsulosina para el segundo objetivo terapéutico que persigue: controlar la hipertensión arterial? Al no disponer de valores de tensión arterial del paciente, no podemos saber si está siendo efectiva para este problema de salud, por tanto en la casilla correspondiente pondremos un signo de interrogación.

- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo segura la tamsulosina en este paciente? Esta pregunta ya se ha respondido con anterioridad. La respuesta es la misma.

Este es un primer ejemplo de la importancia de cumplimentar correctamente el perfil farmacoterapéutico. De no haber colocado la tamsulosina en ambas líneas, no se podría evaluar la efectividad para cada uno de los dos objetivos terapéuticos. Esto es necesario porque podría estar alcanzándose uno de ellos y no el otro, así que han de confirmarse los dos resultados.

PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 7

Paciente de 45 años que tiene diagnosticado por un neumólogo “asma”. Viene a la farmacia a recoger los dos medicamentos se lleva desde el 21 de mayo de 2007, Flixotide Accuhaler 100 mcg 60 dosis y Ventolin 100 mcg inhalador 100 dosis. Dice que hace 2 semanas que tiene mucho jaleo en el trabajo y en casa y que desde entonces está bien gracias al Ventolin, del que toma muchas más dosis que antes. El farmacéutico le pregunta ¿cuántas inhalaciones al día de Ventolin estás utilizando estas dos semanas? Y la paciente responde que se administra 2 inhalaciones entre 3 y 4 veces cada día.

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 21/05/09				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
21/05/07	a) Asma	03/02/08	Fluticasona 100 mcg inhal	1-0-1	1-0-1	N	S	Inefectividad (a)
21/05/07	b) Crisis asmática	06/05/09	Salbutamol 100 mcg inhal	Si crisis	6-8 inh/día	S	S	

Figura 24. Evaluación del ejemplo del caso 7

Para el 1º problema de salud tratado, el asma:

- ¿Está siendo efectiva la fluticasona que persigue controlar el asma como objetivo terapéutico? Deberíamos responder negativamente, si nos atenemos a lo que nos comenta este paciente, y teniendo en cuenta que la fluticasona es un medicamento que se utiliza para el control del asma de base³⁷ y que el paciente hace dos semanas que utiliza muchas más dosis de la medicación que tiene pautada para las crisis asmáticas de lo habitual. Normalmente un paciente aumenta el uso de medicación de rescate³⁸ por un mal control del asma de base.³⁹
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo segura la fluticasona en este paciente? Podemos responder que sí está siendo segura.

Para el 2º problema de salud tratado, la crisis asmática:

- ¿Está siendo efectivo el salbutamol en el control de la crisis asmática, que es el objetivo terapéutico que persigue? La respuesta ha de ser afirmativa, si nos atenemos a lo que nos comenta este paciente, desde hace dos semanas está bien gracias al salbutamol, ya que este medicamento proporciona una broncodilatación de corta duración (4-6 horas) con un rápido comienzo de acción (en 5 minutos)³⁸
- Para cada uno de los principios activos de esta estrategia terapéutica: ¿Está siendo seguro el salbutamol en este paciente? Teniendo en cuenta que actualmente no hay ningún otro problema de salud en el perfil de este paciente que pueda relacionarse con los efectos adversos del salbutamol, podemos responder que sí está siendo seguro.

Este es otro caso donde se ve la importancia de la cumplimentación correcta del perfil. Si hubiésemos colocado en la misma celdilla el corticoide y el agonista beta no podríamos responder correctamente a la pregunta de la efectividad. Cada uno de esos medicamentos tiene objetivos terapéuticos diferentes, aunque ambos están indicados en el asma, y debe evaluarse si se ha alcanzado cada uno de esos dos objetivos.

Por otro lado, este es un caso en el que se debe apreciar la diferencia entre la actividad de seguimiento farmacoterapéutico y la de revisión de la medicación. Actualmente no existe ningún resultado negativo asociado al uso excesivo de salbutamol, sin embargo sí estamos ante un factor de riesgo de resultados negativos. Si estuviésemos en un servicio de revisión de la medicación, uno de los “hallazgos” que deberíamos comunicar al médico sería ese uso excesivo. En seguimiento, no debemos comunicar la existencia de resultado alguno en cuanto al salbutamol, lo que no es óbice para que el farmacéutico pueda realizar una labor de educación para la salud y trate de prevenir posibles situaciones indeseadas futuras.

Consulta y uso de fuentes de información para tomar decisiones clínicas

En el contexto del seguimiento farmacoterapéutico, al igual que en otros campos de la práctica clínica, se entiende por información cualquier clase de conocimiento o mensaje que puede utilizarse para mejorar o hacer posible una intervención.⁴⁰ Es decir, la información es el conocimiento que nos ayuda a tomar decisiones clínicas inmediatas, mientras que la formación es el conocimiento adquirido que se utilizará en futuras decisiones.

Las fuentes de información se clasifican en:

- Primarias: Fuentes periódicas con textos originales.
- Secundarias: Fuentes sin textos originales
- Terciarias: Fuentes no periódicas con textos originales.

Aunque incorrectamente, las primarias suelen asimilarse a revistas científicas, las secundarias a bases de datos, y las fuentes terciarias a libros.

La información tiene cuatro características básicas de las fuentes de información:⁴¹

- 1) Accesibilidad o capacidad o facilidad de obtener la información en el momento necesario. El acceso ha de ser físico y temporal.

- 2) Fiabilidad o capacidad de ofrecer confianza en cuanto a la veracidad del contenido de esa información.
- 3) Compleción o facultad de ser completa y equilibrada, y por tanto, de estar actualizada.
- 4) Aplicabilidad o capacidad de que la información encontrada pueda ser útil para la toma de decisiones en el problema que provocó su búsqueda, es decir, utilidad práctica.

A partir de estos dos simples apuntes de teoría de fuentes de información, podemos afirmar que las fuentes terciarias son las fuentes ideales para obtener la información para realizar seguimiento farmacoterapéutico. En la farmacia o en el servicio farmacéutico puede haber unos pocos libros (accesibles), de prestigio reconocido (fiables), que fueron diseñados para ayudar en la práctica clínica (aplicables) y que se actualizan cada varios años (completos).

Si bien es cierto que hay trabajos que diseñan procedimientos para dar respuesta a preguntas clínicas a partir de fuentes primarias (artículos), su uso es más complejo y requiere de alguna formación previa. Para resolver este problema, existe la posibilidad de consultar a fuentes externas, de las que destacan los centros de información sobre medicamentos (CIM). En estos CIM debe haber personal entrenado en búsqueda de información aplicable a partir de fuentes primarias.

Internet no es una fuente de información. Un error bastante frecuente es considerar Internet como una fuente de información. Internet es un canal de información, en el que pueden encontrarse fuentes primarias (muchas revistas) secundarias (varios índices) y terciarias (bibliotecas completas de libros). Al no ser una fuente de información, no podemos considerarla en un análisis como ella misma. La accesibilidad, fiabilidad, aplicabilidad y completión no viene proporcionada por Internet como canal, sino por cada una de las fuentes a las que accedemos a través de ese canal.

Una fuente de información sobre medicamentos que tiene un papel especialmente importante es el resumen de características del medicamento (RCM). Su denominación ha sufrido algunos avatares, ya que cuando la conocíamos como “ficha técnica” pasó a llamarse RCM para homologarse con las normas europeas, pero nuestra última legislación marco farmacéutica ha vuelto a llamarle ficha técnica.² El RCM o ficha

técnica tiene la característica de ser información oficial de obligado conocimiento por los profesionales de la salud. Es cierto que no es completa, y que se las ha acusado de no estar actualizadas, y lo que sin duda es cierto es que es muy poco aplicable. Pero su carácter de información oficial, hace que antes de tomar una decisión en una intervención, debamos consultar el RCM.

Sea cual fuere la fuente o fuentes de información utilizadas para ayudarnos a tomar decisiones en seguimiento farmacoterapéutico, lo que parece poco productivo es realizar estudios exhaustivos de toda la medicación del paciente y de todos sus problemas de salud. De nuevo, a diferencia de la actividad de revisión de la medicación, en seguimiento farmacoterapéutico el farmacéutico trata de asociar los resultados negativos a sus posibles causas. La consulta a fuentes de información debe, por tanto, limitarse a tratar de localizar el nexo entre el resultado negativo (signo o síntoma) y los medicamentos utilizados (o que debería utilizar). La búsqueda de todas las interacciones posibles y de su significación clínica, o de las posibles toxicidades a largo plazo, y otros factores de riesgo que pueden existir en este paciente son elementos propios de la revisión de la medicación (componen lo que en este servicio se llaman los hallazgos), pero tienen poco o nulo interés en seguimiento farmacoterapéutico.

Listado de fuentes de información

Fuentes sobre medicamentos

- Bot-Plus. Fuente informatizada de gran utilidad en España por contener todos los medicamentos autorizados. Contiene información cada vez más completa sobre problemas de salud, pudiendo incluirse también en el apartado siguiente como fuente sobre problemas de salud.
- Martindale. Probablemente la mejor fuente de información sobre efectos adversos de medicamentos. Actualmente también en español. Cara, pero aconsejable.

- Stockley's Drug Interactions. Libro excelente para consulta de interacciones medicamentosas. Algo caro. La edición inglesa es más completa que la española. La octava edición es de 2008.

Fuentes sobre problemas de salud

- Manual Normon: Libro con suficiente información para una consulta rápida de un problema de salud. Actualizado cada 5 a 10 años. La octava edición es de 2006.
- Atención Primaria (Martín Zurro y Cano). Dos volúmenes, el segundo es un excelente libro para profundizar algo en los problemas de salud. Algo caro, pero en español. La sexta edición es de 2008.
- Manual Washington de Terapéutica Médica. Fuente ideal para consulta rápida. Muy actualizado, asequible y en español.
- Compendio, Principios de Medicina Interna de Harrison. Fuente ideal para consulta rápida. Algo anticuado, asequible y en español.

Ejercicio nº 21 de autoevaluación

Internet no es un canal de información sino un fuente de información Verdadero
 Falso

Ejercicio nº 22 de autoevaluación

En España, la ficha técnica o resumen de las características del producto es de obligado conocimiento por los profesionales de salud Verdadero Falso

Ejercicio nº 23 de autoevaluación

¿Cuáles son las 4 características básicas de las fuentes de información?

Ejercicio nº 24 de autoevaluación

Define qué se entiende por información para tomar decisiones clínicas

Intervenciones en seguimiento farmacoterapéutico

A su vez, se entiende por intervención farmacéutica⁴², la actuación del farmacéutico encaminada a resolver o prevenir un resultado clínico negativo de la farmacoterapia previamente identificado mediante la evaluación del perfil farmacoterapéutico de un paciente.

Una vez identificado un resultado clínico negativo de la farmacoterapia o el riesgo de que aparezca, como resultado de la evaluación del perfil farmacoterapéutico de un paciente, el farmacéutico ha de decidir qué intervención farmacéutica⁴² puede realizar para prevenirlo o resolverlo y llevarla a cabo.

Clasificación de intervenciones farmacéuticas

Se parte de la clasificación de intervenciones farmacéuticas destinadas a resolver o prevenir resultados clínicos negativos de la farmacoterapia propuesta por Sabater y cols⁴² simplificada, como se describe en la figura 25.

En esta clasificación se describen 3 niveles de intervención:

- Se puede intervenir sobre la cantidad de medicamento,
- Se puede intervenir sobre la estrategia terapéutica y
- Se puede intervenir sobre la educación del paciente.

Estos 3 niveles a su vez se subdividen en 7 posibles intervenciones. En la figura 25 se enumeran y se definen las 7 intervenciones farmacéuticas posibles tras la detección de un resultado clínico negativo o el riesgo de que aparezca.

Niveles de intervención	Intervención	Definición
Intervenir sobre cantidad de medicamento	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez
	Modificar la pauta	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento sin modificar la cantidad
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un(os) medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento que no utilizaba el paciente
	Retirar un(os) medicamento(s)	Abandono de la administración de un(os) determinado(s) medicamento(s) de los que tomaba el paciente
	Sustituir un(os) medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otro de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vías de administración
Intervenir sobre la educación del paciente	Disminuir el incumplimiento	Educar en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento
	Educar en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos

Figura 25. Clasificación de intervenciones farmacéuticas (Modificado de Sabater y cols.)⁴²

Ejercicio nº 25 de autoevaluación

Una intervención farmacéutica es la actuación del farmacéutico encaminada a resolver o prevenir un resultado clínico negativo de la farmacoterapia previamente identificado al evaluar el perfil farmacoterapéutico del paciente Verdadero Falso

Ejercicio nº 26 de autoevaluación

La educación del paciente en medidas higiénico – dietéticas no es uno de los 7 tipos de intervenciones farmacéuticas posibles Verdadero Falso

Ejercicio nº 27 de autoevaluación

Enumera los 3 niveles sobre los que el farmacéutico puede realizar una intervención farmacéutica

Medicamentos sujetos a prescripción médica y no sujetos a prescripción médica

En muchos casos la decisión sobre la modificación del tratamiento del paciente ha de tomarla el médico como se desprende de lo establecido en el prólogo de la Nueva Ley del Medicamento², en el que se dice textualmente lo siguiente: “El médico es una figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica dado el papel que se le atribuye en el cuidado de la salud del paciente y, por tanto, en la prevención y el diagnóstico de la enfermedad, así como en la prescripción, en su caso, de tratamiento con medicamentos. El trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes.”

Por otra parte, se establece que la Agencia Española del Medicamento podrá calificar como medicamentos no sujetos a prescripción médica aquéllos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización².

En el caso de que la intervención farmacéutica⁴² seleccionada para prevenir o resolver el resultado clínico negativo identificado sea sobre la cantidad de medicamento o sobre la estrategia terapéutica, el farmacéutico ha de tener en cuenta que en España hay dos tipos de medicamentos².

En la mencionada Ley del Medicamento² se distingue entre:

1. Medicamentos sujetos a prescripción médica (cuyas características se muestran en la tabla 1) y
2. Medicamentos no sujetos a prescripción médica.

Tabla 1: Características de los medicamentos sujetos a prescripción médica
Son medicamentos sujetos a prescripción médica los que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos, según establece la nueva Ley del Medicamento ² :
a) Puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico.
b) Se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerable, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud.
c) Contengan sustancias o preparados a base de dichas sustancias, cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente.
d) Se administren por vía parenteral, salvo casos excepcionales, por prescripción médica.

Ejercicio nº 28 de autoevaluación

En España no se distingue entre medicamentos sujetos a prescripción médica y medicamentos no sujetos a prescripción médica Verdadero Falso

Comunicación del resultado clínico negativo identificado

El derecho del paciente a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso fue primero recogido en el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad del año 1986⁴³, que fue derogado por la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁴. Esta segunda ley desarrolla en profundidad este asunto considerándose los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. El farmacéutico decidirá cómo, cuándo y de qué manera comunicar al paciente qué resultado clínico ha identificado, así como las posibles formas de solucionarlo.

En todos los casos, la información será transmitida del farmacéutico al paciente, respetando la autonomía de su voluntad en cumplimiento de la legislación vigente de ámbito nacional^{3,44} y de ámbito autonómico.^{45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56} En todas estas disposiciones se establece que el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Siempre que el medicamento o medicamentos afectados por la intervención del farmacéutico sean “medicamentos sujetos a prescripción médica”, será el médico quien tome la decisión al respecto. Finalmente, es el paciente quien debe asumir la decisión del médico, si esa es su voluntad.⁴⁴

Por tanto, en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico siempre que el medicamento involucrado en el resultado clínico negativo que se trate de solucionar sea:

- Un medicamento sujeto a prescripción médica, la decisión al respecto habrá de tomarla el médico, que será quien se la transmitirá al paciente. Por tanto, el farmacéutico habrá de informar al paciente de que es el propio paciente quien debe hacer llegar esa información al médico para que éste decida, puesto que se trata de un medicamento sujeto a prescripción médica.
- Un medicamento no sujeto a prescripción médica, la decisión al respecto habrá de tomarla el farmacéutico y transmitírsela al paciente.

La comunicación con el paciente o con el paciente y el médico, puede ser por vía oral o por escrito.

Cuando la comunicación se realice por escrito, el farmacéutico elegirá qué modelo de comunicación utilizar en cada caso en función de su relación con el paciente y con el médico. Existen varios modelos descritos en la literatura para realizar esta comunicación. Machuca y Faus⁵⁷ proponen un modelo en formato carta con una estructura predefinida pero sin un formato estricto. Este modelo ha sido fuertemente criticado por la Organización Médica Colegial, probablemente por motivos ajenos a la pura comunicación clínica.⁵⁸ Otro modelo de comunicación ampliamente utilizado, especialmente en la farmacia hospitalaria, es el conocido como notas SOAP (por las siglas inglesas de *Subjective, Objective, Assessment, Plan*), correspondiendo estas a los cuatro apartados en que se divide. Este último modelo puede resultar excesivamente extenso para una comunicación clínica rápida (siendo esta su mayor desventaja), ya que pretende incluir una descripción detallada de toda la situación actual del

paciente y evitar así problemas de índole jurídico (siendo esta su mayor ventaja).⁵⁹

La presión asistencial requiere de un documento de lectura rápida y que contenga la información relevante para la decisión clínica buscada con la intervención farmacéutica. En este manual se propone la utilización de dos modelos de comunicación escrita, ambos contienen la mínima información que creemos es necesario transmitir al médico. Al más corto lo denominaremos “Informe breve” (ver Figura 26). Al más largo lo llamaremos “Informe completo” y contiene la información del informe breve y además el perfil farmacoterapéutico del paciente en la fecha en la que se realiza la evaluación identificando el o los resultados clínicos negativos. Más adelante se muestran ejemplos de ambos modelos de comunicación escrita (ver figuras de la 27 a la 32).

El modelo abreviado tiene un tamaño similar a una cuartilla y tiene 7 partes:

- **La cabecera.** En la que aparece el texto: “Informe de la farmacia” en la que se añade el nombre de la farmacia en la que trabaja el farmacéutico que realiza la comunicación farmacéutico-paciente-médico.
- **El paciente.** Se rellena el nombre del paciente.
- **El tratamiento.** Se anota el tratamiento que utiliza el paciente: nombre del medicamento, dosis, forma farmacéutica y pauta utilizada.
- **El problema.** Se inicia el enunciado del problema con una de las dos palabras siguientes: “presenta” o “refiere” y a continuación se expone el resultado clínico negativo identificado. En este apartado del modelo se sugiere la utilización de las denominaciones cortas de los resultados clínicos negativos:
 - Necesidad de tratamiento para “nombre del problema de salud”
 - Inefectividad en (nombre del problema de salud no controlado suficientemente) de A + B + ..X (nombres del o los medicamentos involucrados)
 - Inseguridad por (nombre del problema de salud producido o agravado) de A (nombre del principio activo involucrado)
- **El juicio o comentario.** Este apartado se rellenará o no dependiendo del criterio del farmacéutico. En ocasiones se rellenará con frases

como: “efecto adverso descrito en ficha técnica”, o bien, “interacción descrita en literatura”,...

- **La despedida.** Finalmente, aparece la coletilla: “Solicito evaluación de la ...”. Ese espacio en blanco se debe rellenar con una de las 3 palabras siguientes: necesidad/efectividad/seguridad dependiendo del resultado detectado. A continuación se anotará el medicamento o estrategia terapéutica asociada al resultado clínico identificado del tratamiento (puede ser seleccionado o marcado previamente para destacarlo del resto del tratamiento del paciente).
- **La firma y la fecha.** Por último se firma y se añade el sello y la fecha en la que se realiza la comunicación.

Informe de la farmacia: “Nombre de la farmacia”

Paciente:.....
Tratamiento:.....
Problema: Presenta/Refiere.....
Juicio o comentario:.....
Solicito evaluación de la del tratamiento.....
Fecha, sello de la farmacia y firma del farmacéutico que realiza la comunicación

Figura 26. Informe breve de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico

Ejercicio nº 29 de autoevaluación
En España, el paciente tiene derecho a decidir libremente después de recibir la información adecuada acerca de las opciones clínicas disponibles <input type="checkbox"/> Verdadero <input type="checkbox"/> Falso

Ejercicio nº 30 de autoevaluación
En todo informe escrito para comunicar del farmacéutico al paciente y este al médico, el farmacéutico tiene que añadir obligatoriamente su juicio o comentario <input type="checkbox"/> Verdadero <input type="checkbox"/> Falso

A continuación se proponen ejemplos sobre comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico. Para ello se parte de los resultados clínicos negativos identificados en los perfiles farmacoterapéuticos expuestos a modo de ejemplo en este documento, que son los perfiles número 2, 5 y 7.

Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 2)

Se propone una posible comunicación escrita del resultado clínico negativo identificado en la evaluación del perfil farmacoterapéutico 2: presión arterial no controlada por ineffectividad de captopril.

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

Paciente: <i>Nombre y apellidos</i> Tratamiento: <i>Captopril 25 mg - 1/12 h</i> <i>Almag suspensión - si ardores</i> Problema: <i>Presenta valores elevados de la presión arterial en las últimas 3 semanas (siempre por encima de 155/90 mm Hg)</i> Juicio o comentario:..... Solicito evaluación de la efectividad del tratamiento antihipertensivo	Sello de la Farmacia <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">27/07/0</div>	<i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i>
---	--	---

Figura 27. Ejemplo del informe breve de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 2

La otra forma que se propone de presentar esta información es incluyendo el perfil farmacoterapéutico. Así en este caso el "modelo con perfil" resultaría de la siguiente forma:

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:	Fecha: 27/07/07					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
10/04/07	a) Hipertensión	10/04/07	Captopril 25 mg cp	1/12 h	1/12 h	N	S	Ineffectividad
01/07/04	b) Ardores	01/07/04	Almagato susp	Si ardores	Si ardores	S	S	

Problema: *Presenta valores elevados de la presión arterial en las últimas 3 semanas (siempre por encima de 155/90 mm Hg)*

Juicio o comentario:.....

Solicito evaluación de la efectividad del tratamiento antihipertensivo

Sello de la Farmacia <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">27/07/0</div>	<i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i>
--	---

Figura 28. Ejemplo del informe completo de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 2

Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 5)

Se propone una posible comunicación escrita de los resultados clínicos negativos identificados en la evaluación del perfil farmacoterapéutico 5:

- Uno de ineffectividad de fluoxetina por no controlar la depresión y
- Uno de inseguridad de fluoxetina por producir disminución de la libido.

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

Paciente: <i>Nombre y apellidos</i> Tratamiento: <i>Fluoxetina 20 mg comp - 1/24 h (poca adherencia)</i> Problema: <i>Refiere "no encontrarse mejor de la depresión", y además, está preocupada porque dice que "desde que toma este medicamento tiene disminución de deseo sexual"</i> Juicio o comentario: <i>Reducción de la libido: efecto adverso descrito en ficha técnica</i> Solicita evaluación de la efectividad del tratamiento antidepresivo, y la seguridad del tratamiento antidepresivo
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> Sello de la Farmacia 30/01/0 </div>
<i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i>

Figura 29. Ejemplo del informe breve de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 5

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:		Fecha: 30/01/07				
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
15/10/06	a) Depresión	15/10/06	Fluoxetina 20 mg cp	1/24 h	1/48 h	N	N	Inefectividad Inseguridad (b)
Nov/06	b) Reducción de la libido							
Problema: <i>Refiere "no encontrarse mejor de la depresión", y además, está preocupada porque dice que "desde que toma este medicamento tiene disminución de deseo sexual"</i> Juicio o comentario: <i>Reducción de la libido: efecto adverso descrito en ficha técnica</i> Solicita evaluación de la efectividad del tratamiento antidepresivo, y la seguridad del tratamiento antidepresivo								
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> Sello de la Farmacia 30/01/0 </div>		<i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i>						

Figura 30. Ejemplo del informe completo de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 5

Comunicación escrita (PERFIL FARMACOTERAPEUTICO 7)

Se propone una posible comunicación escrita del resultado clínico negativo identificado en la evaluación del perfil farmacoterapéutico 7: inefectividad de la fluticasona en el tratamiento del asma de base.

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

<p>Paciente: <i>Nombre y apellidos</i></p> <p>Tratamiento: <i>Fluticasona 100 mcg inhalador - 1/12 h</i> <i>Salbutamol 100 mcg inhalador - si crisis</i></p> <p>Problema: <i>Refiere que "las 2 últimas semanas se administra de 6-8 inhalaciones/día de salbutamol y gracias a eso va tirando"</i></p> <p>Juicio o comentario:</p> <p>Solicito evaluación de la efectividad del tratamiento del asma de base</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>Sello de la Farmacia</p> <p><i>21/05/09</i></p> </div> <p style="text-align: right;"><i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i></p>
--

Figura 31. Ejemplo del informe breve de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 7

Informe de la farmacia: "Nombre de la farmacia"

Perfil farmacoterapéutico		Paciente:	Fecha: 21/05/09					
PROBLEMAS DE SALUD		MEDICAMENTOS				EVALUACION		
Desde	Problema de salud	Inicio	Medicamento	Pauta prescrita	Pauta utilizada	E	S	Resultado
21/05/07	a) Asma	03/02/08	Fluticasona 100 mcg inhal	1-0-1	1-0-1	N	S	Inefectividad (a)
21/05/07	b) Crisis asmática	06/05/09	Salbutamol 100 mcg inhal	Si crisis	6-8 inh/día	S	S	

<p>Problema: <i>Refiere que "las 2 últimas semanas se administra de 6-8 inhalaciones/día de salbutamol y gracias a eso va tirando"</i></p> <p>Juicio o comentario:</p> <p>Solicito evaluación de la efectividad del tratamiento del asma de base</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>Sello de la Farmacia</p> <p><i>21/05/09</i></p> </div> <p style="text-align: right;"><i>Farmacéutico que realiza la comunicación</i></p>
--

Figura 32. Ejemplo del informe completo de comunicación escrita farmacéutico-paciente-médico propuesto aplicado al caso 7

Informatización del seguimiento farmacoterapéutico

En el reciente documento de consenso sobre Atención Farmacéutica de Foro¹¹, se reconoce que queda un largo camino por recorrer en cuanto a la universalización de algunos de estos servicios, refiriéndose a la indicación farmacéutica, dispensación y al seguimiento farmacoterapéutico.

Ya en un trabajo realizado en el año 2005, se muestra que la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en la provincia de Badajoz, tras 5 años desarrollando diversas actividades formativas, es del 10%.⁶⁰ El Foro¹¹, 3 años después, “estima que sólo un 10% de los profesionales participan en actividades puntuales relacionadas con Atención Farmacéutica (desde la dispensación al seguimiento farmacoterapéutico) de forma homogénea, sistematizada e incluyendo el consecuente registro”.

Aplicación informática AIPaFaC

En los años 90 se realizaron en España algunas tentativas de informatizar el proceso de, lo que entonces se llamaba, atención farmacéutica. En realidad aquellas aplicaciones eran más un sistema de registro de la llamada ficha de paciente, sin que fuese de gran ayuda en la toma de decisiones. La práctica de su uso demostró que su cumplimentación era farragosa y carente de utilidad clínica fuera del mero registro de datos.

Aunque probablemente no es el único sistema, en el año 2006 comenzó el diseño del módulo AIPaFaC (Atención Integral al Paciente desde Farmacia Comunitaria) incorporado a una aplicación existente para la gestión

completa de la farmacia comunitaria.⁶¹ La filosofía de partida de AIPaFaC consistió en aprovechar la información que existe en una pantalla de ventas de cualquier aplicación informática. De este modo se resolvía el problema de volatilidad que tenía la ingente cantidad de información que se maneja en el mostrador de una farmacia durante las dispensaciones. En la práctica este proceso consiste en el registro de las dispensaciones en historiales farmacoterapéuticos personalizados para cada paciente, práctica ya habitual en muchos otros países.^{62,63,64} El primer beneficio consecuencia de este registro fue la detección sistemática de errores de prescripción y dispensación, ya que exige confirmar cada nuevo medicamento que se incorpora al perfil de un paciente. Esto representa un enorme avance respecto a la práctica de preguntarle al paciente en cada dispensación si es la primera vez que toma ese medicamento. Utilizando este último método dependeríamos no sólo de la memoria del paciente, sino también de su literacia en salud.

El mantenimiento automatizado del historial farmacoterapéutico representa el segundo de los beneficios. De este modo se puede realizar rápidamente un informe de toda la farmacoterapia utilizada por el paciente en un período concreto de tiempo que puede resultar información muy útil en la visita del paciente al médico especialista. Asimismo este historial puede utilizarse para estimar con bastante precisión la adherencia al tratamiento por parte del paciente.^{62,63,64} Por último este historial permite la realización de farmacovigilancia activa al facilitar la localización de pacientes que hayan tomado un medicamento recientemente.

Esta aplicación, además de mantener el historial farmacoterapéutico actualizado, mantiene también el perfil farmacoterapéutico actual del paciente. El primero de los beneficios de este perfil actualizado es que el tiempo de entrevista al paciente se reduce enormemente al disponer de la mayor parte de la información a obtener en ésta por anticipado. No menos importante es la mayor fiabilidad de la información obtenida de este registro en relación a la que proporciona el paciente (memoria y baja literacia). Aunque probablemente el mayor beneficio del mantenimiento del perfil actualizado es que permite de modo inmediato la realización de una evaluación de resultados clínicos requiriendo muy poca información adicional (medios auxiliares de diagnóstico). Este último punto es crítico para la implantación masiva del servicio de seguimiento

farmacoterapéutico⁶⁵; sin esto, el seguimiento farmacoterapéutico seguirá siendo una actividad prestada por un puñado de farmacéuticos voluntariosos que atenderán a un número tan reducido de pacientes que no tendrá en absoluto repercusión en la salud de los ciudadanos.

Un sistema informatizado como este, actúa como facilitador en algunas otras tareas que la legislación exige de la práctica farmacéutica. Un ejemplo de estas es la generación automática de notificaciones de sospechas de reacciones adversas (tarjetas amarillas). Su implantación ha demostrado recientemente un sustancial aumento de la cantidad y calidad de estas notificaciones desde farmacias comunitarias.⁶⁶

Protección de datos

Entre los principios generales establecidos para los profesionales sanitarios³ está recogido lo siguiente: “El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios: a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales”. Con ello queda claro que los profesionales sanitarios, entre ellos el farmacéutico, deben crear y mantener información escrita de sus pacientes. En el caso del farmacéutico, obviamente información sobre su farmacoterapia.

A la vista de lo expuesto en el presente documento es evidente que para el ejercicio del seguimiento farmacoterapéutico, el farmacéutico al manejar información y documentación clínica de sus pacientes, necesita tratar datos de carácter personal de sus pacientes referentes a los medicamentos que toma o debería tomar y a los problemas de salud que tiene.

Tanto la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal⁶⁷ (LOPD) del año 1999, como el Reglamento de desarrollo de la Ley de Protección de Datos⁶⁸, del año 2007, establecen que los datos de carácter personal referentes a la salud, son “datos especialmente protegidos”.

En la citada Ley⁶⁷ se establece que los datos de carácter personal que hagan referencia a la salud, sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley, o el afectado consienta expresamente.

Además de la obligación expresada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias³ sobre la formalización escrita de su trabajo reflejada en la historia clínica por parte de los farmacéuticos, como se ha expuesto en la introducción del presente documento, en 2 leyes de ámbito nacional^{1 2} se describe como función del farmacéutico

comunitario, entre otras, la de proporcionar seguimiento del tratamiento farmacológico a sus pacientes. Parece por tanto que en estas dos leyes no sólo se autoriza, sino que se obliga, a que el farmacéutico realice esta función.

Además, en la Ley de protección de datos⁶⁷ se añade lo siguiente:

“No obstante, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal referentes a la salud cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.”

En el artículo 84 de la Ley de Garantías² (considerado básico en el apartado 2 de la Disposición final primera), se establece que el farmacéutico debe colaborar con el médico en la prestación de la asistencia sanitaria: “En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente.” Parece claro que, utilizando terminología de la LOPD, para realizar las funciones descritas aquí, el farmacéutico habrá de “recabar” datos relativos a la salud del paciente; aunque no está tan claro que tenga que “cederlos” pues no se establece qué es esa ‘cooperación’ con el médico responsable del paciente.

Con respecto al consentimiento del interesado, en la Ley de Garantías² se establece la siguiente legislación básica sobre el tratamiento de los datos que sean consecuencia de la implantación de un sistema de información basado en receta médica en soporte papel o electrónico:

“...No será necesario el consentimiento del interesado para el tratamiento y la cesión de datos que sean consecuencia de la implantación de un sistema de información basados en receta médica en soporte papel o electrónico, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 7, apartados

3 y 6; 8; y 11, apartado 2.a (ya expuestos con anterioridad en este documento), de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Las citadas actuaciones deberán tener por finalidad facilitar la asistencia médica y farmacéutica al paciente y permitir el control de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.”

Respecto a la comunicación (cesión) de datos en la Ley de protección de datos⁶⁷ se establece que: “...los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado”.

Continúa diciendo que el mencionado consentimiento no será preciso: “cuando la cesión está autorizada en una ley”,...”cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar los estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica”.

Puesto que el farmacéutico está autorizado por la legislación estatal^{1,2} para realizar seguimiento farmacoterapéutico, se considera una función legítima del farmacéutico comunitario realizar seguimiento farmacoterapéutico a sus pacientes. Por otra parte se ha demostrado en diversos trabajos^{69,70,71,72}, el beneficio que puede obtener un paciente si se le provee de este servicio, lo que podría hacer que también fuera un interés legítimo del paciente recibir este servicio de seguimiento farmacoterapéutico.

Cada perfil farmacoterapéutico, corresponde a un paciente concreto y en una fecha determinada. El farmacéutico que realiza seguimiento farmacoterapéutico a un paciente ha de poder identificar al paciente de que se trate, asegurando en todo momento el mantenimiento de la confidencialidad de los datos del paciente, en cumplimiento de la legislación vigente⁶⁷.

El farmacéutico ha de conservar y mantener con la debida confidencialidad el historial farmacoterapéutico del paciente, que es el

resultado de la evolución de los perfiles farmacoterapéuticos contruidos, sus evaluaciones, así como, las intervenciones farmacéuticas que haya realizado para resolver o prevenir los resultados clínicos negativos previamente identificados. Por tanto, un historial farmacoterapéutico contiene información clínica: “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla⁴⁴”; y documentación clínica: “el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial⁴⁴”, del paciente.

La información y documentación clínica es regulada a nivel nacional por la mencionada Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁴ y por distintas leyes de ámbito autonómico con el mismo espíritu, por las legislaciones: catalana⁴⁵, gallega^{46,49}, navarra^{47,48}, madrileña⁵⁴, vasca⁵⁵, valenciana⁵⁰, castellano leonesa⁵¹, balear⁵², canaria⁵⁶ y extremeña⁵³. En la Ley⁴⁴ se establece también que: “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.

Consentimiento informado

La Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias³ dice que: “Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten.” Y añade: “en todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.”

Por su parte, la Ley de autonomía del paciente⁴⁴ establece que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado una vez que, recibida la

información de forma comprensible y adecuada a sus necesidades que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, haya valorado las opciones propias del caso. Establece también que “el consentimiento será verbal por regla general, sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Parece que el seguimiento farmacoterapéutico no está incluido en ninguna de estas categorías.

Tabla 2. Situaciones en las que se precisa consentimiento informado escrito del paciente ^{44,47,49,51,53}
Intervención quirúrgica
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
Aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente

Siendo la farmacia un establecimiento sanitario^{43,73} (definido como el conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos), y siendo el farmacéutico un profesional que interviene en la actividad sanitaria manejando información clínica, todo farmacéutico que vaya a realizar seguimiento farmacoterapéutico puede plantearse la siguiente pregunta:

¿Es necesario el consentimiento informado del paciente por escrito para realizar seguimiento farmacoterapéutico? La respuesta es que, al no estar inmerso en ninguna de las situaciones en las que se precisa consentimiento informado por escrito del paciente (descritas en la tabla 2), a nuestro juicio no es necesario el consentimiento informado escrito del paciente para hacerle seguimiento farmacoterapéutico.

Ejercicio nº 31 de autoevaluación

El consentimiento informado del paciente por escrito es imprescindible para realizar seguimiento farmacoterapéutico al mismo Verdadero Falso

Información y documentación clínica generada al realizar seguimiento farmacoterapéutico

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente⁴⁴. Aunque los farmacéuticos hemos rehusado de llamar historia clínica a nuestro conjunto de datos, deberíamos ser precisos en las denominaciones. Una historia farmacoterapéutica, como habitualmente la denominamos, es el registro de uso/prescripción de medicación por un paciente. Cuando en ese conjunto de datos registremos eventos adversos, medios auxiliares de diagnóstico (presión arterial, glucemias, etc.), problemas de salud relatados por el paciente o prescritos, e incluso consideraciones subjetivas, como nuestra opinión sobre el cumplimiento, ese documento pasa a ser una verdadera historia clínica.

La normativa establece que en cada centro sanitario ha de existir una historia clínica única para cada paciente⁴⁴. En la farmacia se dispone de una parte de la historia clínica, la información resultante del servicio de dispensación, puesto que la información sobre la farmacoterapia del paciente forma parte de su historia clínica⁴⁸.

La Ley de Autonomía del Paciente⁴⁴ establece que “cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información”.

Es destacable la última parte de la frase: “la recuperación de la información”, ya que de ella se deriva el hecho de que es necesario disponer de la información sobre la farmacoterapia del paciente, así como, la resultante de la provisión del servicio de seguimiento farmacoterapéutico de cada paciente, de forma que se pueda recuperar cuando sea necesario.

En este sentido, también en el Real decreto que regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano⁷⁴, entre las obligaciones de los profesionales sanitarios está recogida la de “Conservar la documentación clínica de las sospechas de reacciones adversas a

medicamentos, con el fin de completar o realizar el seguimiento, en caso necesario; y la de “Cooperar con los técnicos del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, proporcionando la información necesaria que éstos les soliciten para ampliar o completar la información sobre la sospecha de reacción adversa”.

Es obvio que sólo se podrá recuperar esa información si previamente ha sido conservada, en este caso formando parte de la historia farmacoterapéutica del paciente.

Además, la Ley de Autonomía del Paciente⁴⁴ establece un período mínimo de 5 años desde la fecha en la que se realiza cada proceso asistencial (dispensación, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico,...), para la conservación de la documentación clínica. Sin embargo, la legislación autonómica amplía ese periodo mínimo de conservación de la documentación en algunos casos. Así, en Cataluña⁴⁵ se debe conservar como mínimo hasta 20 años después de la muerte del paciente (no obstante, se pueden seleccionar y destruir los documentos que no son relevantes para la asistencia, transcurridos 10 años desde la última atención al paciente); en Galicia⁴⁶ se ha de conservar indefinidamente una parte de la historia clínica (descrita en la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes⁴⁶ que entre otros datos incluye “cualquier información que se considere relevante a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de prevención”) y durante 5 años desde la última asistencia prestada al paciente o desde su fallecimiento; y en Extremadura⁵³ está establecido un periodo de conservación de la documentación contenida en la historia clínica de 15 años.

Parece claro que es obligatorio conservar la información resultante de la dispensación, elaboración de fórmulas magistrales, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico de cada paciente o de cualquier otro servicio asistencial realizado en la farmacia, en las farmacias españolas un mínimo de 5 años⁴⁴ desde la última provisión del servicio y en las farmacias de algunas comunidades autónomas incluso durante más tiempo^{45,53}, e incluso indefinidamente según el tipo de información (entre otros datos claramente establecidos, “cualquier información que se considere relevante a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de prevención”) en la Comunidad Autónoma de Galicia⁴⁶.

Respecto a las obligaciones de los profesionales sanitarios, en la Ley de información sanitaria y autonomía del paciente, se menciona que “los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada que refleje, con las secuencias necesarias en el tiempo, la evolución del proceso asistencial”. Desde el punto de vista del farmacéutico de farmacia, se pone de manifiesto que ha de colaborar en este sentido.

También establece claramente el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella por parte del paciente, con las reservas que se señalan a continuación: “El derecho de acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.⁴⁴” En este mismo sentido, las legislaciones autonómicas^{45,46,47,48,49,50,52} establecen claramente el derecho de acceso a la documentación obrante en su historia clínica por parte del paciente, a excepción de aquella parte de la historia que contenga anotaciones subjetivas del paciente.

A la vista de esta información se considera que uno de los cometidos de los farmacéuticos que ejercen en farmacia comunitaria es el de crear, mantener y conservar con la debida confidencialidad como mínimo 5 años en todo el territorio nacional e incluso más años en algunas comunidades autónomas (15 en la Comunidad Autónoma Extremeña⁵³, 20 años en la catalana⁴⁵, e incluso indefinidamente en la gallega⁴⁶ si en esta documentación existe “cualquier información que se considere relevante a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de prevención”), la información resultante de la dispensación, elaboración de fórmulas magistrales, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico, o la prestación de otros servicios cognitivos asistenciales a los pacientes en las farmacias.

Ejercicio nº 32 de autoevaluación

El paciente tiene derecho a acceder a la documentación obrante en su historia clínica, a excepción de aquella parte de la historia que contenga anotaciones subjetivas del mismo

Verdadero Falso

Nuevas tecnologías

En las leyes de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁴ del año 2003 y en la llamada nueva ley del medicamento² del año 2006 se contempla la posibilidad de que las recetas médicas puedan realizarse en formato electrónico con el objetivo de facilitar la asistencia médica y farmacéutica al paciente y permitir el control de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

De momento en 5 Comunidades Autónomas se ha legislado específicamente respecto a las recetas electrónicas: Andalucía⁷⁵, Cataluña⁷⁶, Galicia⁷⁷, Extremadura⁷⁸ y Valencia^{79:80:81:82}.

Casi toda la normativa autonómica revisada sobre receta electrónica^{75,76,77,78} menciona entre los objetivos del sistema de receta electrónica la mejora para los pacientes respecto a la disminución de visitas a las consultas médicas, permitiéndoles acudir a la farmacia a por su medicación cuando lo vayan necesitando, de donde se desprende también la mejora para los médicos al aumentar su tiempo.

Sólo la disposición andaluza⁷⁵ recoge que el sistema de receta electrónica “posibilita una comunicación ágil entre el farmacéutico y el médico sobre aspectos del tratamiento que resulten importantes para la salud de los pacientes”, sin embargo, en la extremeña se habilita entre el contenido de la receta electrónica un apartado de “Advertencias al farmacéutico” por parte del médico, permitiendo así parte de la comunicación.

En relación con la mejora de la calidad de la información se expresa en la disposición catalana⁷⁶ que la receta electrónica supone una mejora en los procedimientos que debe permitir la integración, la seguridad y la fiabilidad de la información, evitando errores y aportando seguridad a la prescripción, con la consiguiente mejora de la protección de la salud de los y las pacientes.

También en el Documento Anexo para la implantación de un modelo de dispensación y facturación en el sistema integrado de receta electrónica

de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana firmado el 9 de enero de 2008 se establece como objetivo el de potenciar la atención farmacéutica al permitir la consulta y registros en el historial farmacoterapéutico de un paciente por parte de los farmacéuticos comunitarios.⁷⁹

Y se avanza un poco más en otras dos Comunidades Autónomas (Galicia y Extremadura), relacionando la mejora de la calidad de la información con el seguimiento farmacoterapéutico, ya que se describe exactamente que uno de los objetivos de algunas de las disposiciones revisadas es el de “mejorar la calidad de la información sobre la historia farmacoterapéutica de los pacientes y la seguridad en el uso de los medicamentos facilitando el seguimiento farmacoterapéutico”^{77,78}.

Es particularmente destacable el hecho de que se mencione expresamente la “historia farmacoterapéutica”, así como, que la mejora de la calidad de la historia farmacoterapéutica facilita el seguimiento farmacoterapéutico en las disposiciones gallega y extremeña, volviendo a afianzar así el papel del farmacéutico en la provisión de seguimiento farmacoterapéutico a sus pacientes.^{77,78}

Si bien es cierto que estos avances incluidos en las distintas normativas sobre receta electrónica en España pueden contribuir a una comunicación de la prescripción más ágil y a una reducción de posibles errores, tanto de prescripción como de dispensación, también es cierto que en sus versiones actuales se han quedado cortas en cuanto a otras oportunidades que facilitarían enormemente el seguimiento farmacoterapéutico. Una de estas carencias en todas las normativas autonómicas es la ausencia absoluta de mención a un posible acceso a los resultados de los medios auxiliares de diagnóstico. En ocasiones, desde la profesión farmacéutica se solicitó el acceso a la historia clínica del paciente. Esto, que por un lado plantearía problemas de confidencialidad de la información, por otro lado podría crear un recelo innecesario entre la profesión médica. Pero sobre todo, el acceso a la historia clínica completa no tendría gran valor añadido en relación al simple acceso a los resultados de los medios auxiliares de diagnóstico. Son éstos los que se necesitan para realizar una evaluación fundamentada, y no las anotaciones subjetivas que el médico necesita registrar para su posterior evaluación y que también forman parte de la historia clínica.⁸³

Indice

accesibilidad	48, 49
Agencia Española del Medicamento	54
ALPaFaC	4, 16, 62
Andalucía	73
aplicabilidad	49
Badajoz	4, 62
Baleares	68
Bot-Plus	50
Canarias	68
Castilla_León	68
Cataluña	68, 71, 72, 73
causa	14, 17, 26
centro de información sobre medicamentos.....	49
CIMVéase centro de información sobre medicamentos	
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz	4
compleción	49
comunicación36, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 67, 73, 74	
Consenso de Granada.....	8, 31
Consenso sobre Atención Farmacéutica.....	8, 9, 35
consentimiento informado .	69, 71
dispensación7, 8, 14, 54, 62, 63, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74	
documentación clínica55, 65, 68, 70, 71, 72	
educación para la salud	47
estructura	11, 56
Extremadura ..4, 68, 71, 72, 73, 74	
factor de riesgo13, 14, 15, 35, 47, 50	
farmacovigilancia 8, 63, 70, 71, 72	
Farmalog	4
fiabilidad	49
ficha técnica.....	49, 51, 58, 60
formulación magistral.....	8
Foro de Atención Farmacéutica .8, 35, 62, 77	
fuentes de información48, 49, 50, 51	
funciones del farmacéutico comunitario	7, 66, 67
Galicia	68, 71, 72, 73, 74
guía de práctica clínica.....	34, 36
historia clínica... 65, 70, 71, 72, 74	
historial.....	36, 63, 67, 68, 74
indicación farmacéutica	8, 62
información clínica.....	68, 69
Internet.....	49, 51
<i>intervención</i> 11, 13, 34, 35, 48, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 69	
legislación 7, 49, 55, 64, 66, 67, 71	
Ley de Autonomía del Paciente55, 68, 70, 71	
Ley de Cohesión y Calidad.....	7
Ley de Garantías y Uso Racional 7, 54, 55, 66, 73	
Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.. 7, 65, 68	
Ley General de Sanidad.....	55

Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal...	65, 66, 67
leyes de cohesión y calidad	73
literacia	63
Madrid	68
Manual Normon.....	51
Manual Washington de Terapéutica Médica	51
Martindale	50
medios auxiliares de diagnóstico	63, 70, 74
Ministerio de Sanidad y Consumo	8, 9
modelo ECHO.....	12
Navarra	68
objetivo terapéutico	9, 10, 12, 16, 19, 20, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 53
<i>outcome</i>	Véase resultado
País Vasco	68
paradigma SPO.....	11
PBRNVéase Red de Investigación Basada en la Práctica	
perfil farmacoterapéutico	10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 42, 45, 52, 53, 57, 59, 60, 61, 63, 67
<i>pharmaceutical care</i>	3
prestación farmacéutica	7, 54, 67, 73
Principios de Medicina Interna de Harrison	51
proceso	3, 4, 11, 13, 14, 31, 32, 33, 34, 55, 62, 63, 71, 72
protección de datos	65, 67
RCMVéase resumen de características del medicamento	
reacción adversa	71
receta electrónica	73, 74
Red de Investigación Basada en la Práctica	4
resultado	11, 12, 13, 14, 15, 17, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 42, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 68
resumen de características del medicamento	49
revisión de la medicación	15, 35, 36, 47, 50
servicios cognitivos	4, 8, 13, 35, 72
Sistema Nacional de Salud	7, 67, 73
Stockley's	51
tarjeta amarilla.....	64
uso racional.....	7, 8
Valencia.....	68, 73, 74

Bibliografía

¹ Cortes españolas. Ley 16/97, de 25 de abril, de Regulación de servicios de de las Oficinas de Farmacia. BOE 1997;(100):13450-2.

² Jefatura del estado. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 2006;(178):28122-65.

³ Jefatura del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 2003;(280):41442-58.

⁴ Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 2003;(128):20567-88.

⁵ Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharmaceutica* 2001;42:221-41.

⁶ Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Eastaugh J, Bowie P. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2006;35(6):586-91.

⁷ Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. A review of counseling practices on prescription medicines in community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(3):197-210.

⁸ Benrimoj SI, Roberts AS. Providing patient care in community pharmacies in Australia. *Ann Pharmacother*. 2005;39(11):1911-7.

⁹ Stewart DC, George J, Bond CM, Cunningham IT, Diack HL, McCaig DJ. Exploring patients' perspectives of pharmacist supplementary prescribing in Scotland. *Pharm World Sci*. 2008;30(6):892-7.

¹⁰ Schommer JC, Planas LG, Johnson KA, Doucette WR. Pharmacist-provided medication therapy management (part 1): provider perspectives in 2007. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2008;48(3):354-63.

¹¹ Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Enero 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid.

¹² Panel de consenso ad hoc . Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999;1(2):107-12.

¹³ Comité de consenso. Segundo Consenso de Granada Sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos. *Ars Pharm* 2002;43(3-4):175-84.

¹⁴ Comité de consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007;48 (1):5-17.

¹⁵ The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7- Complete Version. *Hypertension*. 2003;42:1206-52.

-
- ¹⁶ Moliner JR, Chayán ML, Dominguez M, González J, González C, Pérez M, Castiñeira MC, Ríos T, Crespo JJ, Rodríguez M. Hipertensión arterial. *Fisterra.com*, Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990- [actualizada el 27 de julio de 2009; acceso 14 de septiembre de 2009]. En: http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.asp/
- ¹⁷ DRUGDEX® System [Internet database]. Greenwood Village, Colo: Thomson Reuters (Healthcare) Inc. Updated periodically.
- ¹⁸ Farris KB, Kirking DM: Assessing de quality of pharmaceutical care. II. Application of concepts of quality assessment from medical care. *Ann Pharmacother* 1993;27:215-23.
- ¹⁹ Donabedian A: The quality of medical care. *Science* 1978;200(4344):856-64
- ²⁰ Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM: Economic, clinical, and humanistic outcomes: a planning model for pharmaco-economic research. *Clin Ther* 1993;15(6):1121-32
- ²¹ Fernández-Llimós F, Faus MJ: Comment: drug-related problems classification systems. *Ann Pharmacother* 2004;38(9):1542-3
- ²² Fernández-Llimós F. Enquadramento dos Cuidados Farmacêuticos na nova organização dos Cuidados de Saúde Primários. Ponencia en el III Encontro de Casos Prácticos de Seguimiento Farmacoterápéutico. Evora, 9-10 de noviembre de 2006
- ²³ Nacional Library of Medicine. MeSH (Risk). URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=mesh&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=68012306&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Mesh.Mesh_ResultsPanel.Mesh_RVDocSum (accessed in 25-July-2007).
- ²⁴ Peterson JG, Topol EJ, Sapp SK, Young JB, Lincoff AM, Lauer MS. Evaluation of the effects of aspirin combined with angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with coronary artery disease. *Am J Med.* 2000 Oct 1;109(5):371-7.
- ²⁵ Baxter K, editor. *Stockley's drug interactions*, 8th ed. London: Pharmaceutical Press; 2008.
- ²⁶ Fernandez-Llimos F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez Martinez F. Evolution of the concept of drug-related problems: outcomes as the focus of the new paradigm. *Seguimiento Farmacoterápéutico* 2005;3(4):167-188.
- ²⁷ Bergman U, Wiholm BE. Drug-related problems causing admission to a medical clinic. *Eur J Clin Pharmacol.* 1981;20(3):193-200.
- ²⁸ Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. *Pharmaceutical Care España* 2002;4:60-3.
- 29 Correr CJ, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernández-Llimós F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos *Seguim Farmacoter* 2005;3(2):103-11.
- ³⁰ Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Seguim Farmacoter* 2004;2(3):195-205.
- ³¹ McDonough RP. Interventions to improve patient pharmaceutical care outcomes. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 1996;53(2):185-6.
- ³² Fernández-Llimós F, Martínez F, Faus MJ. Drug-related problems. Concepts and classification system. *Pharm Care Esp* 1999;1:279-88.

-
- ³³ Machado M. *Elaboração de um documento escrito de comunicação farmacéutico-Médioco para comunicar resultados negativos da farmacoterapia de um doente em Acompanhamento farmacoterapêutico* [Tese de Mestrado]. Universidade de Évora, 2008.
- ³⁴ Prozac. Ficha técnica o resumen de las características del producto. En: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=64787&formato=pdf&formulario=FICHAS>. [Acceso 20 de septiembre de 2009].
- ³⁵ Muñoz AM, Toribio JR, Moreno MI, Luque R. Hipertrofia benigna de próstata. *Fisterra.com*. Atención Primaria en la Red [Internet]. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990- [actualizada el 19 de julio de 2006; acceso 21 de septiembre de 2009]. En: <http://www.fisterra.com/fisterrae/>
- ³⁶ Omnic. Ficha técnica o resumen de las características del producto. En: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=66678&formato=pdf&formulario=FICHAS>. [Acceso 22 de septiembre de 2009].
- ³⁷ Flixotide. Ficha técnica o resumen de las características del producto. En: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=60480&formato=pdf&formulario=FICHAS>. [Acceso 29 de septiembre de 2009].
- ³⁸ Ventolin. Ficha técnica o resumen de las características del producto. En: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=53010&formato=pdf&formulario=FICHAS>. [Acceso 20 de septiembre de 2009].
- ³⁹ Gema 2009. *Guía española para el manejo del asma*. Área de Asma de SEPAR. Madrid 2009. En: <http://www.gemasma.com/descargas/GEMA%202009.pdf>.
- ⁴⁰ Castillo P. Promoción y publicidad de medicamentos: quo vadis?. *Med Clin (Barc)* 1992;99:305-9.
- ⁴¹ Fernández-Llimós F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 1999;1:90-6.
- ⁴² Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005;3(2):90-7.
- ⁴³ Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE* 1986;(102):15207-24.
- ⁴⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 2002;(274):40126-32.
- ⁴⁵ Presidencia de la Generalidad de Cataluña. LEY 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. *BOE* 2000;(29):4121-5.
- ⁴⁶ Presidencia de la Junta de Galicia. LEY 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. *BOE* 2001;(158):23537-41.
- ⁴⁷ Presidencia del Gobierno de Navarra. Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. *BOE* 2002;(129):19249-53.
- ⁴⁸ Presidencia del Gobierno de Navarra. LEY FORAL 29/2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. *BOE* 2003;(120):19106-7.

-
- ⁴⁹ Presidencia de la Junta de Galicia LEY 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. BOE 2005;(93):13364-8.
- ⁵⁰ Presidència de la Generalitat Valenciana. Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.. DOGV 2003;(4.430):2222-34.
- ⁵¹ Presidencia de la Junta de Castilla y León. LEY 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. BOCL 2003;(Suplemento al 71):6-12.
- ⁵² Presidencia de las Illes Balears. Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. BOE 2003;(110):17438-55.
- ⁵³ Presidencia de la Junta de Extremadura. Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. DOE 2005;(82):10442-58.
- ⁵⁴ Presidencia de la Comunidad de Madrid. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOE 2001;(55):8846-81.
- ⁵⁵ Presidencia del Gobierno. Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad. BOPV 2002;(248):23318-23.
- ⁵⁶ Consejería de Sanidad. ORDEN de 28 de febrero de 2005, por la que se aprueba la Carta de los Derechos y de los Deberes de los Pacientes y Usuarios Sanitarios y se regula su difusión. BOC 2005;(55):4338-41.
- ⁵⁷ Machuca M, Faus MJ. Informe Farmaceutico-Medico Segun la Metodologia Dader para el Seguimiento del Tratamiento Farmacologico. Pharm Care Esp 2000;2:358-63.
- ⁵⁸ Es esto la atención farmacéutica? Rev OMC 2009;(1):11-2.
- ⁵⁹ Zierler-Brown S, Brown TR, Chen D, Blackburn RW. Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists. Am J Health Syst Pharm. 2007;64(17):1851-8.
- ⁶⁰ Aguas Y. Análisis de la efectividad de las acciones de un centro de información de medicamentos en la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2005. ISBN 84-609-7593-2.
- ⁶¹ García Pineda A, de Miguel E, Nieto A, Lopez de Lerma JM, Aguas Y, Fernández-Llimós F. Aplicación informática que facilita la provisión de seguimiento farmacoterapéutico en farmacias comunitarias. Simpodader VI. Murcia, 11 a 13 de mayo de 2006.
- ⁶² Cook CL, Wade WE, Martin BC, Perri M 3rd. Concordance among three self-reported measures of medication adherence and pharmacy refill records. J Am Pharm Assoc (2003). 2005;45(2):151-9.
- ⁶³ Rickles NM, Svarstad BL. Relationships between multiple self-reported nonadherence measures and pharmacy records. Res Social Adm Pharm. 2007;3(4):363-77.
- ⁶⁴ Mabotuwana T, Warren J, Harrison J, Kenealy T. What can primary care prescribing data tell us about individual adherence to long-term medication?-comparison to pharmacy dispensing data. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2009;18(10):956-64.
- ⁶⁵ Delgado I, Márquez R, De Miguel E, López de Lerma JM, Aguas Y, Fernández-Llimós F. Evaluaciones de resultados clínicos realizadas a pacientes de la red AIPaFaC. VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Sevilla, 15 a 17 octubre de 2009.

⁶⁶ Fernandez-Llimos F, Aguas Y, Márquez R, Villanueva A, Pavón J, Sánchez-Mohino P, Rojas J, López de Lerma JM. "Contribution of the AIPaFaC Practice-Based Research Network to the Adverse Drug Reaction Reporting System". 6th PCNE Working Conference. Vimeiro, 4 a 7 de Marzo de 2009.

⁶⁷ Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999;(298):43088-99.

⁶⁸ Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 2008;(17):4103-36.

⁶⁹ Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(10):1569-82.

⁷⁰ Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(11):1770-81.

⁷¹ Machado M, Nassor N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III: systematic review and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Ann Pharmacother.* 2008;42(9):1195-207.

⁷² Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2009;169(19):1748-55.

⁷³ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE 2003;(254):37893-902.

⁷⁴ Real Decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. BOE 2007;(262):44631-40.

⁷⁵ Consejería de Salud. Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta médica electrónica. BOJA 2007;(123):12-5.

76 Consejería de Salud. Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica a cargo del Servicio Catalán de la Salud. DOGC 2007;

77 Conselleria de Sanidad. Decreto 206/2008, de 28 de agosto, de receta electrónica. DOG 2008;(181):17252-7.

⁷⁸ Consejería de Sanidad y Dependencia. Decreto 93/2009, de 24 de abril, por el que se regula la implantación de la receta electrónica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura. DOE 2009;(81):12144-52.

⁷⁹ Conselleria de Sanitat. Convenio de colaboración entre la Agencia Valencia de Salud de la Conselleria de Sanitat y los colegios oficiales de farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia para el desarrollo de la "Atención farmacéutica electrónica-dispensación electrónica", en el marco de la receta electrónica de la Generalitat Valenciana. Generalitat Valenciana 2007;1-24.

⁸⁰ Conselleria de Presidencia. Resolución de 19 de enero de 2009, de conseller de Sanitat, sobre implantación del programa de receta informática y/o electrónica de estupefacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de la Comunitat Valenciana. DOCV 2009;(5953):6010-4.

⁸¹ Conselleria de Presidencia. Resolución de 9 de febrero de 2009, del director general de Relaciones con Les Corts y Secretariado del Consell, de la Conselleria de Presidencia, por la que se dispone la publicación del convenio de colaboración entre la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Conselleria de Sanidad de la Generalitat para la implantación del programa piloto de receta informática y/o electrónica de estupefacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de la Comunitat Valenciana. DOCV 2009;(5952):5763-8.

⁸² Trillo JL, Muelas J, Navarro MJ, Pérez, C. La receta informática y/o electrónica de estupefacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de la Comunitat Valenciana. Revista Ordenación y Control de Productos Farmacéuticos de la Comunitat Valenciana 2009;(2):7-9.

83 Fernández-Llimós F. Receta electrónica. Informática y Salud 2002;(36):42-43.