



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
CUAUTITLAN

ACTIVIDADES DEL QUIMICO FARMACEUTICO BIOLOGO
EN LA ATENCION FARMACEUTICA,

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
QUIMICA FARMACEUTICA BIOLOGA
P R E S E N T A :
LORENA DEL ROCIO LEYVA SILVA

ASESOR: M. en FC. BEATRIZ DE JESUS MAYA MONROY

CUAUTITLAN IZCALLI, EDC. DE MEX.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN

DISCONTINUA



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLAN
 UNIDAD DE LA ADMINISTRACION ESCOLAR
 DEPARTAMENTO DE EXAMENES PROFESIONALES

ASUNTO: VOTOS APROBATORIOS

DR. JUAN ANTONIO MONTARAZ CRESPO
 DIRECTOR DE LA FES CUAUTITLAN
 P R E S E N T E

ATN: Q. Ma. del Carmen Garcia Mijares
 Jefe del Departamento de Exámenes
 Profesionales de la FES Cuautitlán

Con base en el art. 28 del Reglamento General de Exámenes, nos permitimos comunicar a usted que revisamos la TESIS:

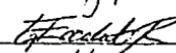
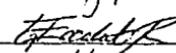
Actividades del Químico Farmacéutico Biólogo en la Atención Farmacéutica

que presenta 1a pasante: Lorena Del Rocío Levva Silva
 con número de cuenta: 9452163 - 2 para obtener el título de :
Química Farmacéutica Bióloga

Considerando que dicho trabajo reúne los requisitos necesarios para ser discutido en el EXAMEN PROFESIONAL correspondiente, otorgamos nuestro VOTO APROBATORIO.

ATENTAMENTE
 "POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Cuautitlán Izcallí, Méx. a 12 de Noviembre de 2001

PRESIDENTE	<u>O.F.I. Leticia Zuñiga Ramirez</u>	
VOCAL	<u>M. en F.C. Cecilia Hernández Barba</u>	
SECRETARIO	<u>M. en F.C. Beatriz de Jesús Maya Menroy</u>	
PRIMER SUPLENTE	<u>O.F.B. Gabriela Escalante Reynoso</u>	
SEGUNDO SUPLENTE	<u>M. en F.C. Ricardo Oropeza Cornejo</u>	

DEDICATORIAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AMEN LA JUSTICIA, USTEDES QUE GOBIERNAN LA TIERRA,
TENGAN PARA CON EL SEÑOR LOS SENTIMIENTOS QUE
CONVIENEN, BÚSQUENLO CON UN CORAZÓN SINCERO

LIBRO DE LA SABIDURÍA

DEDICATORIAS

La Sabiduría protegió al Padre del Mundo.
A ese primer hombre que fue formado por
Dios y que fue creado como único. Lo
levanto de su caída y le dio la fuerza para
que dominara a todas las cosas.

Libro de la Sabiduría Cap. 10

A DIOS

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta
el final, por iluminarme en esas largas
horas de estudio, por darme el valor de
enfrentarme a miles de obstáculos para
lograr mi objetivo al final y no dejarme
vencer.

Gracias por darme estos maravillosos
Padres, que compartieron conmigo, mis
lágrimas mis risas, mis triunfos y
fracasos, porque tuvieron fé en mí.

A MIS PADRES

Papá, Mamá... que hubiera hecho yo sin ustedes, no hay manera de agradecerles todos estos años de sacrificios, de lucha constante por sacarnos adelante, que mejor regalo me pudieron dar, que mis estudios y que mejor regalos les puedo dar yo, que esta Tesis.

LOS AMO

MAMÁ ANA

Como agradecerte todo tu apoyo y confianza, gracias por ser mi Madre, pero sobretodo, gracias por saber ser mi mejor amiga. Aquí esta el fruto de todos tus esfuerzos, preocupaciones, desvelos, que compartiste conmigo.

Gracias Maíta

PAPÁ NACHO

Gracias por tener confianza en mí, por creer en mí, por todo tu apoyo, por estar conmigo, por no criticar mis acciones y por aceptar en silencio todas mis decisiones. Pero sobretodo gracias por todo tu amor.

Gracias Paíto

A MI HERMANA NOHEMÍ

Gracias por todo tu apoyo, por centrarme cuando me desubicaba, por estar conmigo animándome siempre a no dejarme vencer, gracias por esos jalones de oreja, por esos regaños. Porque has estado ahí cuando te he necesitado. Nunca te lo he dicho, pero ahora quiero que todos se enteren cuanto te admiro y te respeto. Por tu espíritu de lucha, por NO dejarte vencer tan fácilmente y porque eres la mejor hermana que pude tener, por eso he de darle gracias a Dios por la maravillosa hermana que me dio.

TE QUIERO MUCHO, GRACIAS POR TU APOYO

Javier:

Gracias por apoyarme, por estar conmigo alentándome a seguir luchando, por tus palabras de aliento, de cariño y de apoyo. Gracias por no permitir que me diera por vencida cuando sentía que ya no podía más, porque me enseñaste a luchar por lo que quiero, porque me ayudaste a comprender que: Querer es Poder. Por alentarme a luchar contra los que me querían ver vencida, porque siempre confiaste en mí, por creer en mí. Por tu tiempo, por tus palabras. No hay palabras para agradecer la confianza que depositaste en mí. Solo te puedo decir, LO LOGRE. Muchas Gracias, por ser tan especial, porque sé que puedo contar contigo, ya sea por teléfono, por mail o en persona.

Como olvidarme de todas aquellas personas que confiaron y creyeron en mí.

A mi Abuelita Alba: Gracias por darme una Madre tan maravillosa de grandes valores. Porque estuviste al pendiente de mí y porque eres mi abuelita.

A mi Abuelita Chonita: Porque si estuvieras conmigo, sé que estarías orgullosa de mí. Y por el Padre tan lindo que me diste

A mis Tíos:

Irma, Conchita, Juan Manuel, Naty, José, Lalo, Reyna. Por seguir tan de cerca mis Pasos, por creer en mí y por apoyarme hasta el final. Solo les puedo decir Gracias, por su apoyo. Los quiero mucho

A mi Prima Elena y su esposo Luis, gracias por su apoyo.

A MIS AMIGOS

Vero: Por hacerme tan joviales las clases, por compartir buenos y malos momentos. Por estar ahí cuando necesite de una amiga.

Yeny: Porque juntas encontramos muchas respuestas, nos caímos y nos volvimos a levantar, porque me aceptaste como amiga, con mis defectos y virtudes. Porque sabemos que unidas podemos ser invencibles.

Rosalía: Por esos paseos y aventuras que pasamos juntas. Por aceptarme en su grupo, porque sabemos que siempre vamos estar ahí cuando nos necesitemos.

Ale: Por hacer las clases tan amenas, porque sé que puedo contar contigo para lo que necesite, gracias por las porras. Porque me hiciste una mamá muy joven para tener una hija como Tú.

Sabían ustedes cuatro, que si no hubieran estado ahí, no hubiera sido lo mismo.

Gracias por ser mis amigas, las quiero

Luis (Huicho), Oscar, Tonathiu, Joel, Domingo, Vicente, Heriberto, Enrique, Efraín, Violeta, Ilenia. Gracias por acompañarme, por estar ahí y apoyarme cuando necesite de ustedes.

A la Universidad por abrirme sus puertas.

A la FES´C por ser mi casa por tantos años.

A mis Profesores por enseñarme el camino de la sabiduría:

MC. Guadalupe Flores

MC. Rafael Sampere

Profra. Jeannette Rosas

MC. José Guadalupe García

Madre Mati

Dra. Elizabeth Toríz

Madre Amparito

MC. Enrique Amador

Profra. Adelina Navarrete

MC. Vicente Alonso

I.Q. Luz María Beltrán

Dra. Raquel López Arellano

Dra. Marilu Malagón

A mis Sinodales: M en FC. Ricardo Oropeza, M en FC Cecilia Hernández, Q.F.I. Leticia Zúñiga, Q.F.B. Gabriela Escalante. Gracias por su apoyo.

Con cariño especial a la M en FC. María Eugenia Posada Galarza, la quiero mucho.

A mi Asesora:

M en FC. Beatriz de Jesús Maya Monroy

Gracias por la oportunidad que me dieron de trabajar con ustedes, por este tema tan maravilloso que me dieron para desarrollar. Gracias por su tiempo, apoyo y confianza, por creer en mí.

Como olvidarme de personas tan importantes que me brindaron su apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera:

Q.F.B. Juan José Pantoja

Q.F.B. Víctor Manuel Mendoza

I.Q. Daniel Campos

Gracias por su apoyo, por darme la oportunidad de trabajar con ustedes y por su confianza.

Francisco: Gracias por seguirme en mis locas ideas y propuestas.
Gracias por enseñarme a trabajar en equipo.

Paty, Juanita, Oti, Estela:

Gracias por dejarme aprender de ustedes, porque sé que siempre puedo contar con ustedes, por dejarme ser su amiga.

Gracias por permitirme conocer un mundo donde puedo encontrar paz, amor y respuestas que no hay en ningún otro lado:

Padre Víctor

Carmen

Rafael

Anita

Paulita

Teresita

Lilia

Oscar

Ruben

Vicky

Mayra

Quiero dedicar esta tesis, a todas aquellas personas que por alguna razón ya no pudieron seguir estudiando, a los estudiantes que no tuvieron la oportunidad de tener una carrera, a todos aquellos que no se dan por vencidos y siguen luchando por alcanzar sus metas y objetivos.

A la memoria de Mis Tíos:

Aida, Toño y Carmelita

Junto a Dios no hay temor:

En medio de las luchas de la presente vida, el militante no se desanima, porque grande es la esperanza que le reserva el Señor al final de su combate.

Salmo 27

Como olvidarme de personas tan importantes que me brindaron su apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera:

Q.F.B. Juan José Pantoja

Q.F.B. Víctor Manuel Mendoza

I.Q. Daniel Campos

Gracias por su apoyo, por darme la oportunidad de trabajar con ustedes y por su confianza.

Francisco: Gracias por seguirme en mis locas ideas y propuestas.
Gracias por enseñarme a trabajar en equipo.

Paty, Juanita, Oti, Estela:

Gracias por dejarme aprender de ustedes, porque sé que siempre puedo contar con ustedes, por dejarme ser su amiga.

Gracias por permitirme conocer un mundo donde puedo encontrar paz, amor y respuestas que no hay en ningún otro lado:

Padre Víctor

Carmen

Rafael

Anita

Paulita

Teresita

Lilia

Oscar

Ruben

Vicky

Mayra

INDICE

NO HAY INFLUENCIA BUENA; TODA INFLUENCIA ES
INMORAL..., INMORAL DESDE EL PUNTO DE VISTA
CIENTÍFICO. INFLUIR SOBRE UNA PERSONA ES
TRANSMITIRLE NUESTRA PROPIA ALMA.

OSCAR WILDE

ÍNDICE

Objetivo general.....	6
Objetivo particular.....	6
Introducción.....	7
CAPÍTULOS	PÁG.
1.0 Antecedentes.....	12
1.1 ¿En donde nace la atención farmacéutica?.....	13
1.2 Cambios que soportan la atención farmacéutica.....	15
1.3 Cambios regulatorios.....	15
1.4 Cambios en la tecnología.....	16
1.5 Cambios educativos.....	17
2.0 Justificación del trabajo.....	21
3.0 Actividades del Químico Farmacéutico Biólogo en la atención farmacéutica.....	24
3.1 Perfil del Químico Farmacéutico Biólogo dentro de la atención farmacéutica.....	26
3.2 Actividades en la farmacia comunitaria.....	27
3.3 Actividades en la farmacia hospitalaria.....	28
3.4 Acciones del Químico Farmacéutico Biólogo dentro de la atención farmacéutica.....	29
4.0 Importancia de la documentación dentro la atención farmacéutica.....	31

CAPÍTULOS	PÁG.
4.1 Fuentes terciarias de información.....	32
4.2 Fuentes secundarias de información.....	33
4.3 Fuentes primarias de información.....	34
4.4 Estrategias de búsqueda de información.....	35
5.0 La práctica de la farmacia en la comunidad.....	36
5.1 Atención farmacéutica.....	38
5.2 Objetivos y resultados de la atención farmacéutica.....	42
5.3 Necesidades de formación en atención farmacéutica.....	43
5.4 Modalidades de atención farmacéutica.....	47
5.4.1 Atención farmacéutica global.....	48
5.4.2 Atención farmacéutica en grupos de riesgo.....	50
5.5 Puesta en marcha de programas de atención farmacéutica en una oficina de farmacia.....	54
6.0 Objetivos estratégicos de atención farmacéutica....	57
7.0 Farmacovigilancia y/o seguimiento farmacoterapéutico.....	65

CAPÍTULOS	PÁG.
7.1 El Q.F.B. y el seguimiento del tratamiento farmacológico.....	70
8.0 Metas del Químico Farmacéutico Biólogo en la atención farmacéutica.....	75
8.1 Seguimiento del tratamiento farmacológico de pacientes.....	77
8.2 Comunicación entre el Q.F.B. y el paciente.....	78
8.3 Premisas básicas de la comunicación entre el Q.F.B. y el Médico.....	79
8.4 El Paciente como eje de la comunicación entre el Q.F.B. y el Médico.....	80
8.5 Modelos de comunicación entre el Q.F.B. y el Médico.....	83
8.6 El informe verbal en la comunicación con el Médico.....	83
8.7 El Q.F.B. puede sugerir medicamentos en el informe al Médico.....	85
Comentarios.....	86
Conclusiones.....	91
Glosario de términos y abreviaturas.....	93
Anexos.....	97
Referencias.....	116

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

PÁG.

Tabla 1. Fases para el desarrollo óptimo de la atención farmacéutica.....	59
Tabla 2. Clasificación de los problemas relacionados con los medicamentos.....	72
Figura 1. Relación Q.F.B. - paciente.....	40
Figura 2. Problemas no deseados.....	42
Figura 3. Tríptico: atención farmacéutica.....	67
Figura 4. Seguimiento farmacoterapéutico Comunicaciones.....	70
Figura 5. Seguimiento farmacoterapéutico Toma de decisiones.....	71
Figura 6. Seguimiento farmacoterapéutico.....	74
Figura 7. Informe al Médico.....	84

ÍNDICE DE ANEXOS

PÁG.

Anexo 1. La historia farmacoterapéutica.....	103
Anexo 2. Primera visita.....	104
Anexo 3. Bolsa con medicamentos.....	105
Anexo 4. Repaso.....	107
Anexo 5. Otros datos del paciente.....	108
Anexo 6. Estado de situación del paciente.....	109
Anexo 7. Evaluación global, sospechas de problemas relacionados con los medicamentos.....	111
Anexo 8. Visitas.....	112
Anexo 9. Intervención farmacéutica.....	113
Anexo 10. Etiquetas autoadheribles.....	117

OBJETIVOS

RESCATA TU PROFESIONALISMO NO ENSUCIES
LO QUE FORMA PARTE DE TU SER

OBJETIVO GENERAL

Realizar una revisión bibliográfica para resaltar el papel del Químico Farmacéutico Biólogo en el sistema de atención a la salud, identificando las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes, indicando la importancia de su participación dentro de la atención farmacéutica y apoyando a otros profesionales de la salud.

OBJETIVO PARTICULAR

Dar a conocer cuales son las principales actividades del Químico Farmacéutico Biólogo dentro de la atención farmacéutica, estas actividades se enumeran a continuación:

- Actividades del Q.F.B. en la farmacia comunitaria
- Actividades del Q.F.B. en la farmacia hospitalaria
- Documentación dentro de la atención farmacéutica
- Atención farmacéutica global
- Atención farmacéutica en grupos de riesgo
- Farmacovigilancia
- Comunicación entre el Q.F.B. y el Médico
- Comunicación entre el Q.F.B. y el paciente
- Informes de Atención Farmacéutica al Médico
- Sugerencia de medicamentos en el informe medico

INTRODUCCIÓN

MEXICANO, TU SANGRE PRECIOSA ES
HERENCIA DE RAZA TENAZ NO LA
VIERTAS EN GUERRA OPROBIOSA
ABRAZAD NUESTRO EMBLEMA DE PAZ

La atención farmacéutica es un tema muy interesante que está muy relacionado con la salud y la calidad de vida de los pacientes, por lo que se pretende mediante este trabajo de investigación que el lector conozca el papel del Q.F.B. dentro de las actividades de la atención farmacéutica y de que manera puede ayudar a los profesionales de la salud a mejorar y dar seguimiento a las terapias farmacológicas obteniendo beneficios tanto para los pacientes como para todas las personas relacionadas con sus tratamientos farmacológicos. Por lo que la atención farmacéutica puede ser una herramienta muy valiosa para el Q.F.B.

Para comprender esto es necesario conocer la historia de la atención farmacéutica donde se ha demostrado que una de las mejores armas para luchar contra la enfermedad es el empleo de medicamentos, a través del seguimiento denominado farmacoterapia.

De forma general, el proceso para la utilización de medicamentos comienza con un diagnóstico de la enfermedad que sufre el paciente por parte del médico, el experto en enfermedades que la Universidad forma, el cual en muchas ocasiones y basándose en ese diagnóstico instaura un tratamiento farmacológico con el objetivo de curar la enfermedad y/o aliviar sus síntomas.

Durante mucho tiempo los actos de diagnosticar, prescribir y proporcionar medicamentos, estuvieron realizados por el mismo experto: el médico. Pero a medida que el conocimiento científico sobre medicamentos fue creciendo, su elaboración fue complicándose hasta tal punto que se hizo necesario la existencia de especialistas en el tema y la Universidad comenzó a formar farmacéuticos como expertos en medicamentos.⁸

Por lo que la atención farmacéutica surge como la contestación a nuestra necesidad social para la dirección de la medicación, el Q.F.B. de la comunidad empiezan a asumir la responsabilidad adicional de aumentar la efectividad de las terapias a través de la provisión de la atención farmacéutica, nosotros debemos empezar a cambiar de un enfoque que da énfasis al producto de medicamentos a un paciente, orientando a un enfoque que da énfasis a un uso apropiado de la terapia de medicamentos. Aunque el Q.F.B. siempre ha proporcionado cuidado al paciente, el cuidado no era sistemático y consistente, no era documentado, y era reactivo. Alternativamente, la atención farmacéutica hace necesario tener a un proveedor de los cuidados de la salud que asuma responsabilidades de participación con la intención de mejorar resultados.¹

Por lo que en las últimas décadas los medicamentos van sufriendo una evolución enorme, hasta tal punto que el trabajo del Q.F.B. ha tenido que especializarse. En la actualidad existen Q.F.B.'s que, integrados en equipos multidisciplinarios, investigan y desarrollan nuevas moléculas con actividad farmacológica. Otros se encargan de la elaboración de medicamentos, generalmente desde Industrias farmacéuticas y otros se responsabilizan de su dispensación.

Pero también es importante señalar que, además de por prescripción médica, en los países desarrollados se consumen gran cantidad de medicamentos a través de la indicación farmacéutica en trastornos menores y a través del proceso de la automedicación.

Por otra parte y debido a su especial naturaleza, los medicamentos deben demostrar que son seguros y eficaces², lo que conlleva la existencia de normas muy estrictas en su investigación, desarrollo y elaboración, con el consiguiente costo económico asociado.

Sin embargo, todo este esfuerzo científico y económico no se traduce en muchos casos en resultados positivos. Existen estudios científicos que demuestran que en numerosas ocasiones la farmacoterapia falla, es decir, no consigue curar la enfermedad o aliviar los síntomas, e incluso a veces produce efectos indeseados^{3,5}.

Afortunadamente, los líderes innovadores en la provisión han estado desarrollando nuevos estilos de la práctica, modificando su ambiente de trabajo, y proporcionando al paciente la información necesaria, tratando con gran esfuerzo de cambiar el paradigma de la práctica. Como modelos del papel y de la práctica surgen Q.F.B's de la comunidad que proporcionan servicios de atención farmacéutica.

Muchos de los servicios pueden categorizarse como intervenciones terapéuticas de la salud, la prevención y servicios para el bienestar de los pacientes, así como actividades de dirección para detectar la enfermedad.¹ Sin embargo se deben realizar las siguientes preguntas para poder detectar los problemas en las terapias farmacológicas:

- ¿Por qué falla la farmacoterapia?
- ¿Cuál es la razón de que siendo el diagnóstico correcto, la prescripción adecuada y la dispensación exacta, en muchas ocasiones no se consiguen los objetivos terapéuticos?

La respuesta a estas preguntas es que en estas ocasiones los medicamentos se utilizan mal. Hasta tal punto que, a veces, ese uso incorrecto ocasiona pérdidas de vidas humanas, daños en la salud y enormes cantidades de dinero desperdiciadas.

Por ello, actualmente se está trabajando mucho en identificar todos los posibles problemas relacionados con medicamentos.

En 1990 Strand definió como problema relacionado con medicamentos (PRM) lo siguiente:

" Una circunstancia para un paciente y momento concreto, que podría interferir con el éxito de su farmacoterapia".

Estos PRM's se pueden deber a numerosas causas, tales como dosis subterapéuticas o tóxicas para el paciente, reacciones adversas, interacciones con otros medicamentos o con hábitos de vida del paciente, incumplimiento del tratamiento, tomar medicamentos sin ser necesarios o no acceder a ellos.

Además de la aparición de problemas hay que destacar que en más del 50 % de los casos en que se instaura una farmacoterapia no se consiguen los objetivos terapéuticos propuestos, por incumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito o indicado^{3,6,7}

Los hallazgos del año de 1998 en la Comunidad Nacional del Farmacéutico en Estados Unidos, proporcionan alguna evidencia de que el farmacéutico en la comunidad está comprometido en actividades de la atención farmacéutica. Además se está descubriendo que proporcionando cuidados y comprensión al paciente, se está satisfaciendo más que sólo medicaciones de la dispensación.¹

CAPITULO 1

ANTECEDENTES

SER EL MEJOR NO ES PRODUCTO DE LA
SUERTE ES CONSECUENCIA DEL DESEO DE
SUPERACIÓN

El informe de la Comisión de Farmacia titulada "Farmacéutico para el futuro (Pharmacists for the future), y a menudo denominado Informe Millis, dice que la farmacia debe considerarse básicamente como un conjunto de conocimientos que presta un servicio para la salud por medio de la dedicación a la comprensión de los medicamentos y sus efectos". Es la profesión responsable del uso apropiado de medicamentos, dispositivos y servicios para lograr óptimos resultados terapéuticos. Por lo que la atención farmacéutica es un elemento necesario de la atención total de la salud ^{9,60,61}.

1.1 ¿ EN DONDE NACE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA?

A comienzos del siglo XX, la práctica farmacéutica y la formación del farmacéutico estaban íntimamente ligadas, pero a partir de 1920, la formación y la práctica farmacéutica americana empezaron a variar, debido en gran medida a la industrialización de la producción de medicamentos. Hacia la década de los 50 la producción industrial de los medicamentos no tenía una especialización y sin la profesión de las funciones del antiguo farmacéutico. A comienzos de los 60 fueron desarrollándose los servicios de información de medicamentos hacia una consulta terapéutica más enfocada al paciente, principalmente en hospitales.

En Estados Unidos, las funciones tradicionales de dispensación como razón de ser del ejercicio profesional de la farmacia, está destinadas a la extinción, y la responsabilidad esencial del farmacéutico consiste en contribuir a satisfacer la necesidad en cada paciente de un tratamiento farmacológico apropiado, efectivo, seguro y cómodo, su objetivo es cambiar la profesión de la farmacia y todo su *modus operandi*.

En Estados Unidos se tienen múltiples problemas en relación con el acceso a la asistencia sanitaria, con el costo de morbilidad y mortalidad relacionada

con los medicamentos y con la calidad de los servicios. Es un país donde "la asistencia gestionada y los valores del mercado definen y dirigen cada vez más, la asistencia sanitaria prestada a quienes tienen medios para acceder a ella".

Esta justificación no solo se basa en el supuesto ahorro económico de la factura de sanidad sino en lo que se denominan costos humanos, asociados a la calidad de vida, la salud y el bienestar, que tendrían que estar presentes en todo sistema que pretenda ser humanitario y al cuidado de las personas⁶⁷.

Este proceso de asistencia al paciente, es un proceso de solución de problemas lógicos, sistemáticos y global que permite al profesional prestar un servicio de calidad completo y uniforme al paciente, documentando las intervenciones en todo el proceso de⁶⁸:

- Análisis de la situación
- Plan de seguimiento
- Evaluación del seguimiento

Al ver los puntos anteriores, es importante ver que el núcleo fundamental de la atención farmacéutica es una estrecha relación entre el farmacéutico y el médico, que trabajan juntos para prevenir, identificar y resolver los problemas derivados del tratamiento⁶⁷.

Por otra parte en España en 1990, se dictó una ley referida al "uso racional del medicamento", la cual fija como meta que se debe llevar a la comunidad el control del mal llamado "Gasto Farmacéutico", en lugar de "Gasto del Medicamento".

En la "Ley de regulación de servicios de las oficinas de farmacia" (1997) se plasman los conceptos de atención farmacéutica como la "reprofesionalización del farmacéutico". Se plantea el equipo multidisciplinario de salud y se crean leyes autonómicas de ordenación farmacéutica ⁶⁹.

1.2 CAMBIOS QUE SOPORTAN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La atención farmacéutica son cambios que se implementan en la comunidad de los farmacéuticos. Estos pueden ser regulatorios, tecnológicos, educacionales y el reembolso, de este nuevo se impide la adopción rápida y difusión de nuevos paradigmas.

En Estados Unidos, el público generalmente reconoce al farmacéutico de la comunidad como una persona de negocio y no como un profesional al cuidado de salud, pero a pesar de estas dificultades el farmacéutico tiene que superar en farmacias comunitarias las limitaciones y está tratando de implementar actividades que involucren la atención farmacéutica. Los organizadores de las farmacias, educadores, reguladores y practicantes tratan de concentrar sus esfuerzos y han defendido cambios para ayudar a las farmacias comunitarias⁹.

1.3 CAMBIOS REGULATORIOS

En Estados Unidos la mayoría de las leyes estatales están en el proceso de revisiones, llenan sus actas de prácticas de farmacia para extender el papel del farmacéutico. Estos cambios le han dado la oportunidad al farmacéutico en las prácticas innovadoras y para promover la salud del paciente. Los cambios regulatorios permiten acuerdos a la práctica de los colaboradores entre farmacéuticos y médicos.

Los acuerdos de la práctica entre ellos, habilitan la iniciativa del farmacéutico y ayudan a proporcionar una terapia de medicamentos a los pacientes, de acuerdo al protocolo del tratamiento. Los acuerdos les permiten autorizar renovaciones de prescripción, dosificaciones, administración de ciertos tipos de terapias de medicamentos sin esperar la aprobación del médico. El farmacéutico está colaborando informalmente con médicos en estados donde no existe ninguna legislación: como resultado de estos arreglos formales e informales, el farmacéutico está trabajando cada vez más con los médicos para reforzar los papeles como proveedores del cuidado de la salud. Los acuerdos de la práctica de los colaboradores le permiten al farmacéutico extender la provisión de la atención farmacéutica al responsable real de las terapias para los pacientes⁹.

1.4 CAMBIOS EN LA TECNOLOGÍA

El software y la tecnología para apoyar la atención farmacéutica están ahora en el mercado. Por lo que es necesario que se organice la venta y distribución de estos para apoyar a los farmacéuticos, esto brinda ventajas como se muestra a continuación:

➤ **Primero:** la organización farmacéutica y los líderes de la farmacia han trabajado en conjunto con vendedores de computadoras y software que se ofrecen a los farmacéuticos para que proporcionen la atención farmacéutica. Esto representa una ventaja ya que el sistema esta basado en la documentación para el apoyo de los farmacéuticos y así apoyar el tratamiento de la enfermedad. Se ha tratado de distribuir el software para permitir un enfoque más amplio en la atención farmacéutica el cual usa un solo juego de datos para que el paciente reciba la mejor atención. El farmacéutico solo necesitará que se instale el software, para que pueda abrir

los paquetes y acceder a la información que necesita para dar seguimiento a la terapia del paciente. Por lo que resultaría más fácil para los farmacéuticos, la actividad que realizarían en el apoyo de la atención farmacéutica.

- ♦ Segundo: El farmacéutico de la comunidad puede proporcionar más información sobre la salud y las actividades para combatir la enfermedad, debido a los adelantos en los diagnósticos que se pueden proporcionar, bajo la supervisión del equipo.

- ♦ Tercero: El crecimiento de Internet, en el ámbito mundial y el uso aumentado de correo electrónico, han ayudado al farmacéutico a superar otras barreras y así proporcionar la atención farmacéutica, usando la tecnología, el farmacéutico se puede comunicar con otros responsables de la salud y así facilitar y tener acceso a más información de su farmacia y de otras en el mundo.

- ♦ Cuarto: La tecnología que se automatiza en el proceso, se va distribuyendo y proporcionando más beneficios a los farmacéuticos de la comunidad evitando gastar más tiempo con los pacientes⁹.

1.5 CAMBIOS EDUCATIVOS

Para proporcionar atención farmacéutica, el farmacéutico de la comunidad necesita tener conocimiento del uso de terapia de medicamentos y prevención de la enfermedad y dirección a fondo. Adicionalmente, el farmacéutico es hábil en una variedad de actividades, incluso el uso de comunicaciones de tecnología de información, recolección de los datos y dirección, dirección de la práctica y resolver problemas clínicos.

Gracias a todas las actividades que los farmacéuticos comunitarios son capaces de desarrollar resulta más fácil el incluir la atención farmacéutica en la oficina de farmacia, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial a los pacientes. Ésta es una nueva forma de ejercer la profesión, asumiendo responsabilidades asistenciales e implicándose plenamente en el seguimiento farmacoterapéutico.

Este camino, a la vez que ofrece nuevas oportunidades para la profesión farmacéutica también exige nuevas responsabilidades que deben asumirse, tales como:

- ♦ Actualizar la información y capacitar al personal
- ♦ Preparar protocolos de atención farmacéutica
- ♦ Disponer de un sistema informático
- ♦ Marcar una distribución de las zonas de la oficina de farmacia adecuada

Una vez que se tienen las responsabilidades asignadas, es importante hacer mención de que todos los profesionales que deban intervenir en la atención farmacéutica deberán de afrontar el proceso de aprendizaje tanto de su contenido, valores, substratos ideológicos / políticos y los conflictos de manera abierta, junto con otros compañeros profesionales en esta misión de transformación, por lo cual deberá estar en función de los problemas relacionados con la medicación y las necesidades frecuentes de los individuos de la comunidad, dentro de un enfoque educativo personalizado, activo y basado en casos reales para dar el mejor servicio al paciente y lograr los objetivos que se propongan para cada caso en específico ³⁷.

Y para lograr estos objetivos dentro de la atención farmacéutica es importante que el farmacéutico siempre sé este actualizando y tomando cursos previos necesarios y cursos profesionales:

Los cursos previos deben incluir las siguientes materias: Matemáticas, Física y las Ciencias Biológicas, las cuales enseñan los principios básicos que encuentran aplicación en muchos de los cursos de nivel superior o de farmacia profesional.

Los cursos profesionales deben incluir gran variedad de materias como son: cursos de Farmacología, Química Medicinal, Farmacéutica, Biofarmacia, Farmacología Clínica, Legislación Farmacéutica, Administración Farmacéutica, etc., las cuales ayudan a la especialización y actualización constante para brindar una atención farmacéutica de calidad⁹.

Uno de los países que esta preocupado por que sus farmacéuticos se encuentren capacitados es Estados Unidos, donde se crea en 1942 la Fundación Estadounidense para la educación farmacéutica (American Foundation for Pharmaceutical Education: AFPE), la cual establece objetivos específicos y definidos que se mencionan a continuación para el buen desarrollo de la atención farmacéutica por parte de los farmacéuticos⁹ :

- Alentar y ayudar a proporcionar mejores estándares y facilidades educativas para el entrenamiento adecuado de personal competente en la práctica de la farmacia y en todos los campos relacionados.
- Aportar a la industria farmacéutica y a todas las industrias relacionadas, a los hospitales, a las entidades gubernamentales, facultades y otros campos profesionales, personal técnica y científicamente entrenado.

- Ayudar a las facultades de farmacia a desarrollar buenos programas de Posgrado.
- Avalar el trabajo de facultades de farmacia debidamente calificadas.
- Alentar a la investigación específica como un componente necesario del trabajo de Posgrado y como proyectos especiales.

CAPITULO 2

JUSTIFICACIÓN

EMPRENDER UNA NUEVA ACCIÓN
PROPORCIONA NUEVA FUERZA

El presente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la importancia del Q.F.B. dentro de las actividades que es capaz de desarrollar dentro de la atención farmacéutica, apoyando a otros profesionales de la salud, así como resaltar la importancia de que un Q.F.B. es parte fundamental y de gran apoyo para ayudar a educar tanto al paciente como a otros profesionales de la salud en la necesidad que se tiene de terminar con su tratamiento, dando un seguimiento del mismo y verificando tanto la dosificación como las posibles interacciones farmacológicas que se pudieran presentar, con este trabajo no se pretende eliminar o erradicar totalmente esta cultura de automedicación o incumplimiento de terapias farmacológicas que se ha manejado en México, se sabe que esto no es un cambio que se da de un día a otro, pero si se pretende ayudar a crear una nueva cultura de medicación y farmacovigilancia.

Con esta investigación se quiere introducir una nueva cultura de medicación para apoyar a los profesionales de la salud, por lo que es importante que los farmacéuticos estén en constantes capacitaciones para brindar la orientación necesaria. Esto es algo que ya se ha venido trabajando en otros países y que se puede iniciar en México con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y que se reconozca al Q.F.B. también como un profesional de la salud capaz de ayudar a la farmacoterapia de los pacientes.

Para lograr esto se deben plantear metas y objetivos a corto y largo plazo, para cumplir la misión que persigue la atención farmacéutica.

Una vez que se ha definido que es lo que se quiere hacer, es importante hacer resaltar que este trabajo de investigación presenta una nueva forma de trabajo donde el Q.F.B. se puede hacer presente y así pueda desarrollar todas las habilidades, conocimientos, aptitudes y actitudes que se adquieren

a lo largo de la carrera de Q.F.B. demostrando que se puede ayudar a los pacientes tanto en las farmacias hospitalarias como comunitarias para que tengan éxito en sus terapias farmacológicas y lleguen a feliz término. Por lo que es evidente que la *atención farmacéutica* constituye un real beneficio, así es que es importante y necesario realizar un estudio mas profundo sobre este tema, en primera instancia, de la magnitud del problema y desarrollar una nueva propuesta sobre las actividades del Q.F.B. dentro de la atención farmacéutica, resaltando la importancia del Q.F.B. para su administración y manejo durante la terapia.

Todo esto conducirá a una nueva relación profesional más satisfactoria entre médico y Q.F.B.: "esta nueva práctica profesional que se esta proponiendo, no pretende sustituir la función *del médico ni de ningún otro profesional, sino más bien satisfacer una necesidad del sistema de asistencia sanitaria*". El médico necesita ayuda para resolver todas las complejidades cada vez mayores del empleo de medicamentos y el Q.F.B. constituye la elección lógica por sus conocimientos y por su acceso directo y abierto a los pacientes.

CAPITULO 3

ACTIVIDADES DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

TEJIS CON
FALLA LE ORIGEN

EL HOMBRE PROFESIONAL NO TRABAJA PARA RECIBIR UNA PAGA: SE LE PAGA PARA QUE PUEDA TRABAJAR.

CADA DECISIÓN QUE TOMA EN EL CURSO DE SU CARRERA SE BASA EN SU SENTIDO DE LO QUE ES CORRECTO, NO ES UNA ESTIMACIÓN DE LO QUE ES LUCRATIVO.

Marshall

Para que el Q.F.B. pueda desarrollar actividades dentro de la atención farmacéutica es necesario que cubra ciertas características profesionales, como son la existencia de un conjunto especializado de conocimientos, cuya posesión y utilización permita al Q.F.B. desempeñar una función social sumamente útil, esta posesión de actitudes permitirá que influyan en su conducta profesional, así como en la de los pacientes y otros profesionales de la salud. El componente básico de este conjunto de actitudes es el altruismo y la preocupación carente de egoísmo por el bienestar de otros ³⁶.

Por lo que el Q.F.B. como experto en medicamentos que es, debe realizar el seguimiento de los tratamientos farmacológicos tomando en cuenta los siguientes puntos:

- Buscar, encontrar y documentar PRM, manifestados o no.
- Informar a su paciente de los PRM encontrados e informar al médico para que, una vez valorado beneficio - riesgo, decida si seguir con el mismo tratamiento o realizar los cambios que considere oportunos.
- Documentar resultados.

Lo que el Q.F.B. nunca debe de hacer puesto que no es el experto en enfermedades es ³⁸:

- Diagnosticar o pronosticar enfermedades.
- Prescribir medicamentos.
- Cambiar dosificaciones y pautas prescritas.
- Seguir la evolución de una enfermedad.

3.1 PERFIL DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO DENTRO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

El Q.F.B. es el profesionalista del área de la salud, que participa en la selección, adquisición, preparación, distribución, dispensación y registro de medicamentos ⁷⁰.

Proporciona servicios farmacéuticos que incluyen entre otras actividades ^{71,72}:

- Vigilancia farmacéutica.
- Información sobre el uso correcto de los medicamentos al paciente, a los profesionales de la salud, en las farmacias comunitarias y hospitalarias.
- Brindar servicios farmacéuticos de alta calidad que fomente la eficiencia, seguridad y la eficiencia del gasto del uso de medicamentos.
- Contribuir a programas y servicios que hagan hincapié en las necesidades sanitarias del público y la prevención de enfermedades.
- Promover la farmacia como un componente esencial del equipo de atención a la salud.

Algunas características importantes que debe tener un Q.F.B. son ^{73,74}:

- No discute con el paciente sobre los efectos terapéuticos o la composición de una prescripción. Cuando se presenten estas interrogantes, se sugiere que se consulte a su médico, ya que son las personas apropiadas con quien deben comentarse esos temas.
- Debe sustentar la salud y la seguridad de los pacientes como primera consideración, debe proporcionar a cada paciente toda su capacidad como un profesional de la salud en actividad esencial.
- Debe promover el bien de cada paciente en forma solícita, compasiva y confidencial.

- Es su obligación la de respetar la autonomía y dignidad del paciente y la participación de éste en las decisiones relativas a la salud, con el debido respeto de las diferencias personales y culturales entre pacientes ^{75,76}.
- Está obligado a evitar acciones que comprometan la dedicación a los mejores intereses de los pacientes, lo cual incluye la conducta o las condiciones de trabajo que alteren el criterio profesional.
- Su principal obligación es hacia su paciente, también deben observarse obligaciones con la comunidad y la sociedad.
- Interactuar con sus colegas cuando sea apropiado.

3.2 ACTIVIDADES EN LA FARMACIA COMUNITARIA

Los Q.F.B's de la comunidad son los profesionales de la salud más accesibles para el público, ya que ellos son los encargados de la dispensación de los medicamentos de acuerdo a la receta médica y cuando la ley lo permite, los vende libremente proporcionándole información sobre el uso correcto de los mismos. Además trata de asegurarse de tener suficiente existencia de los productos adecuados ^{105,106,107,108}.

Sus actividades profesionales incluyen:

- La orientación de los pacientes en el uso correcto de los medicamentos.
- Información farmacológica.
- Participación en programas de promoción de la salud.

Generalmente junto con otros profesionistas de la salud, inciden en la atención primaria de la salud, desarrollando diferentes actividades como son:

- Dispensación de recetas: verifican legalidad, seguridad y conveniencia de receta.

- Atención de los pacientes o farmacia clínica: sistematizar la información sobre los antecedentes del uso de medicamentos por parte del paciente, le aclara el régimen de dosificación y el método de administración indicados, así como le aconseja que precauciones se deben tomar con respecto al medicamento y vigilar la acción terapéutica.
- Vigilancia del empleo de medicamentos: detección de reacciones adversas y de interacciones con otros medicamentos y/o alimentos.
- Preparación extemporánea – adaptación de la fórmula de un producto a las necesidades de un determinado paciente.
- Asesoría sobre medicamentos para el tratamiento de los síntomas de afecciones leves.
- Información a los profesionales de la salud y a la comunidad.
- Promoción de la salud.

3.3 ACTIVIDADES EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

El Q.F.B. también desarrolla diferentes actividades en las farmacias de los hospitales, ayudando de esta manera a la economía de los hospitales, al igual que en las farmacias comunitarias sus actividades profesionales son:

- Interactúa y asesora al que prescribe, fomentando el uso racional de medicamentos ^{106,108}.
- Al tener acceso a las historias clínicas, puede influir en la selección de los medicamentos y regímenes de dosificación, vigilar el tratamiento por parte de los pacientes, hacer un seguimiento de la respuesta terapéutica, detectar reacciones adversas, reconocerlas, evaluarlas y notificarlas (farmacovigilancia) e identificar interacciones con medicamentos y/o alimentos.

- Puede realizar estudios de utilización de medicamentos (farmacoepidemiología) y recomendar acciones para elevar la calidad de atención a los pacientes.
- Participar en diversos comités encargados de formular las políticas del hospital, tales como el de infectología, infecciones nosocomiales y el de farmacia y terapéutica, entre otros.
- Promover mediante diferentes estrategias el uso racional de medicamentos por parte de los profesionales de la salud.
- Elaborar según las necesidades del paciente y a petición del médico, formas farmacéuticas no comerciales.
- Organización y desarrollo de centros de información de medicamentos.
- Organización y desarrollo de centros de información toxicológica.
- Elaborar uno o varios programas de educación al paciente.
- Establecer una central de mezclas - preparación de mezclas endovenosas y nutrición parenteral.

3.4 ACCIONES DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO DENTRO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

Dependiendo de su grado de preparación y experiencia, realiza diversas acciones como son ^{107,108}:

- Fungir como responsable legal de:
 - a) Laboratorio de Control Químico, Biológico y Toxicológico.
 - b) De la distribución directa al público de los medicamentos.
 - c) Laboratorio de hospitales estatales y privados, encargado de realizar las pruebas de laboratorio de análisis clínicos, colaborando con el médico para efectuar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos.

➔ Aplicar sus conocimientos en ⁹⁷:

- a) Realizar el desarrollo, producción y control de medicamentos, incluyendo productos biológicos (sueros y vacuna), así como productos para la higiene.
- b) Determinación de la actividad biológica, el valor terapéutico y la toxicidad de los fármacos y medicamentos.
- c) Preparación de mezclas intravenosas, nutrición parenteral y mezclas de citostáticos.

CAPITULO 4

IMPORTANCIA DE LA DOCUMENTACIÓN DENTRO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

CUANDO UN HOMBRE DECIDE CUMPLIR CON SU MISIÓN, DEBE ACEPTAR CORRER EL RIESGO DE SER BLOQUEADO, CRITICADO Y ENVIADO POR LO MEDIOCRES QUE SE SIENTEN AMENAZADOS

Cada día más Q.F.B's comunitarios están incluyendo la atención farmacéutica en la oficina de farmacia, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial a los pacientes. Ésta es una nueva forma de ejercer la profesión, asumiendo responsabilidades asistenciales e implicándose plenamente en el seguimiento farmacoterapéutico ^{63,98}, para esto es necesario que se estén documentando constantemente, así como capacitando y actualizando con la información mas reciente y novedosa tanto de los medicamentos como de las enfermedades.

La documentación es una herramienta útil, por lo que cada vez existe más tecnología que está ayudando al Q.F.B. a documentar la atención farmacéutica con precisión y de forma consistente. Sin embargo los documentos buenos no nacen se hacen. Debido al movimiento de la atención farmacéutica y los imperativos económicos que enfrenta la profesión ahora, estas condiciones están cambiando rápidamente, por lo que los Q.F.B. deben tener el deseo para participar totalmente en el movimiento hacia la atención del paciente - centró de cuidado, debiendo dominar el arte de la documentación clínica ^{9,99,100}, por lo que se debe saber que tipo de documentos se deben consultar, así es que es necesario conocer los diferentes tipos de fuentes que existen y su clasificación.

4.1 FUENTES TERCIARIAS DE INFORMACIÓN

Las fuentes terciarias de información incluyen libros de textos, compendios, manuales, farmacopeas y artículos de revisión. En ellas se recopila la información, se evalúa la Información, se publican los resultados y son fácilmente accesibles. Esta información ya ha sido evaluada por el autor, por lo que refleja el punto de vista del mismo, quien puede incluir o excluir información de las fuentes terciarias, dependiendo de factores diversos como pueden ser, tiempo y espacio. Una fuente terciaria puede llevar desde unos

pocos meses a años para su publicación, por lo tanto no tiene información sobre los últimos acontecimientos acaecidos sobre el tema^{63,64}.

Los diferentes tipos de literatura terciaria sirven a diferentes propósitos. Para su elección se tendrá en cuenta como puntos positivos que estén realizados por varios autores especialistas en cada tema, que la edición sea reciente o que se actualice en cortos períodos de tiempo. El formato de las fuentes terciarias es muy variado con referencias bibliográficas al final de los mismos. Las referencias sirven para conocer de qué fuente obtuvo el autor la información⁶⁵.

Las fuentes terciarias cubren los siguientes temas:

- Farmacología y farmacoterapéutica.
- Toxicología.
- Estabilidad, compatibilidad y administración.
- Interacciones entre medicamentos y con alimentos.
- Formulaciones extemporáneas.
- Medicamentos en embarazo y lactancia.
- Investigaciones sobre medicamentos huérfanos.
- Química farmacéutica.
- Farmacognosia.

4.2 FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACIÓN

Las fuentes secundarias consisten en recopilaciones, en índices, bases de datos y microfichas, de la información proveniente de fuentes primarias. Son las más usadas y se puede acceder a ellas de múltiples formas. Esta

información está categorizada, indexada y generalmente tienen resumen de información primaria.

En este momento el Cd Rom ha revolucionado la industria de la información. Son discos para lectura que permiten un acceso rápido a la información requerida ^{65,66}.

Las fuentes secundarias son usadas frecuentemente para acceder a fuentes primarias. Como con las otras fuentes, es conveniente familiarizarse con ellas para conocer qué buscar en cada una. Las fuentes secundarias usan normalmente vocabulario controlado, con palabras claves, lo que facilita la obtención de información y permite cruzar diferentes palabras claves para hacer una búsqueda en menor tiempo ⁶³.

4.3 FUENTES PRIMARIAS DE INFORMACIÓN

Estas están constituidas por las publicaciones de artículos originales de investigación. Las fuentes primarias, algunas de gran prestigio científico, tienen políticas editoriales con requerimientos específicos para la publicación de artículos. Los manuscritos son revisados por expertos y enviados a los autores antes de su publicación, lo que asegura calidad y confiabilidad en sus trabajos. Algunas de estas publicaciones de alta reputación suelen editar suplementos. La información contenida en éstos son revisadas por expertos y generalmente publican los resúmenes de congresos o diferentes eventos.

Los trabajos publicados tienen componentes mínimos que se deben conocer: título, autores, resumen, introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias ^{65,66}.

4.4 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se debe establecer un plan o metodología para realizar una búsqueda de información, con objeto de hacer un uso eficiente del tiempo y que asegure la calidad de la información necesaria.

La ausencia de una estrategia de búsqueda puede contribuir a un pobre resultado en la Información obtenida.

Se deben conocer las fuentes y que clase de información se puede obtener en cada una de ellas. Si se hace un breve repaso, hay que recordar que: en las fuentes primarias existen trabajos que introducen nuevos conocimientos o enriquecen la existencia de estos ⁶⁵.

Las fuentes secundarias comprenden resúmenes, o servidores indexados. Índice, fuentes terciarias son textos de información básica con múltiples referencias.

La búsqueda de información general o específica, implica moverse de una fuente terciaria a una secundaria, y luego a una primaria. La literatura terciaria contiene gran cantidad de datos obtenidos de la información primaria ^{65,66}.

La mejor estrategia generalmente es comenzar por una fuente terciaria, o tratar de clasificar bien la pregunta e ir a una bibliografía específica. Si no se encuentra la respuesta en los libros básicos, se debe ir a las fuentes secundarias. Estas fuentes a veces disponen de resúmenes que son muy útiles para saber si el artículo original responderá a la pregunta o no. Siempre que sea posible se debe leer el artículo original y no resolver una pregunta sólo con el resumen de la fuente secundaria ^{65,66}.

CAPITULO 5

LA PRÁCTICA DE LA FARMACIA EN LA COMUNIDAD

LIBRE Y PARA MI SAGRADO, ES EL DERECHO DE PENSAR... LA EDUCACIÓN ES FUNDAMENTAL PARA LA FELICIDAD SOCIAL, ES EL PRINCIPIO EN EL QUE DESCANSAN LA LIBERTAD Y EL ENGRANDECIMIENTO DE LOS PUEBLOS.

Benito Juárez

Los Q.F.B's comunitarios están experimentando un tiempo de transición en la práctica farmacéutica – transición entre lo que fue y lo que será – en el cual se tiende a la profesionalización. Es una época de ansiedad y de oportunidades para los Q.F.B's que practican en las farmacias comunitarias. Solo es necesario observar los cambios que han ocurrido y están ocurriendo en ⁹:

- El papel que desempeñan, qué hacen.
- Títulos, cómo se están capacitando.
- Responsabilidades, de qué son responsables.
- Recompensas, como son retribuidas.
- Expectativas, porque constituyen una profesión (es decir, necesitada por la sociedad)
- Leyes y directivas, cómo están regulados.
- Herramientas (tecnología, automatización), cómo hacen lo que saben hacer.

De acuerdo a lo anterior, es evidente que los Q.F.B's siempre se han adaptado a lo que de él ha pedido la sociedad. La elaboración de medicamentos fue su origen y razón de ser, porque era esa su misión en la sociedad ⁹⁸.

Cuando la industria farmacéutica cubrió las necesidades de elaboración, el Q.F.B., como profundo conocedor de los medicamentos que la industria elaboraba, los ha custodiado y proporcionado a sus pacientes de modo ejemplar, haciendo que la disponibilidad, conservación y entrega de los mismos se haya realizado sin fallo y velando porque el paciente tuviera siempre el consejo correspondiente como complemento de lo que el médico le había transmitido.

Ahora el problema está en el uso del medicamento por parte del paciente, y la solución en ayudar al paciente desde que se le dispensa el medicamento, hasta el final del tratamiento ⁹⁹.

Dicho con otras palabras, el Q.F.B. ha de dispensar cada medicamento responsabilizándose con el paciente de que dicho medicamento va a hacer el efecto deseado por el médico cuando lo prescribió, y va a vigilar junto al paciente porque en el proceso aparezcan los mínimos efectos no deseados, y si aparecen o la efectividad se desvía del objetivo, el Q.F.B. va a ayudar al paciente a resolver el problema, ellos dos, o a través del médico, informándole cuando se necesite alterar lo más mínimo la estrategia terapéutica en cuanto a cambio de medicamento, cambio de dosis o intervalo: a esto se le llama seguimiento del tratamiento farmacológico o seguimiento farmacoterapéutico.

Los Q.F.B.'s una vez más, deben adaptarse como es su obligación a las necesidades de la sociedad y deben desarrollar una metodología que les permita, de forma sistemática y documentada ⁸, identificar y resolver todos los problemas de salud que cada paciente tenga relacionados con su medicación. Dicha metodología debe ser validada científicamente, de forma que se asegure que se consiguen los objetivos perseguidos ⁹.

5.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA

La atención farmacéutica es un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del Q.F.B. Este concepto de atención farmacéutica (*Pharmaceutical Care*) adquiere importancia a partir de un trabajo publicado en 1990 por los profesores Hepler y Strand en Estados Unidos ⁸. Ellos lanzan tres conceptos que son el inicio de esta forma de entender la Farmacia ¹²:

- **Necesidad Social:** El farmacéutico debe comprender que la sociedad necesita tener a quien dirigirse para consultar los problemas que se deriven de la medicación.
- **Atención:** El farmacéutico debe entender a sus pacientes. Ello abarca un conocer con profundidad, la cual puede ser la necesidad global de los pacientes que se derivan del tratamiento que están siguiendo.
- **Paciente como fin:** El farmacéutico debe ofrecer su atención teniendo siempre en cuenta los problemas del paciente que pueden derivarse de su tratamiento.

Una vez que se conocen estos conceptos, se dice que la atención farmacéutica va a surgir, como respuesta a una nueva situación profesional, ética y social en la que el Q.F.B. demanda una mayor participación, es decir, el Q.F.B. se hace responsable, no solamente del medicamento y los consejos relativos a su utilización racional y segura, sino también de la eficacia del tratamiento farmacológico ¹².

Una definición que ha sido mundialmente aceptada, sobre la atención farmacéutica es *"la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente"*.

Aunque esta definición de atención farmacéutica se centra en la farmacoterapia aplicada al paciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la atención farmacéutica es *"Un compendio de la práctica profesional, en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y reconoce que esta atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las"*

destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente".

Por lo que la atención farmacéutica necesita para poder ser llevada a cabo, "establecer una relación entre el Q.F.B. y el paciente, que permita un trabajo en común con objeto de prevenir, identificar y resolver los problemas que puedan surgir durante el tratamiento farmacológico de esos pacientes"(ver figura 1). Se resalta asimismo el carácter activo de la atención farmacéutica, es decir, no se trata de esperar a que surja un PRM, sino de buscar y resolver esos problemas a tiempo y con eficiencia, comunicándole al médico los descubrimientos sobre las terapias farmacológicas y tomando la mejor opción para el paciente ¹³.

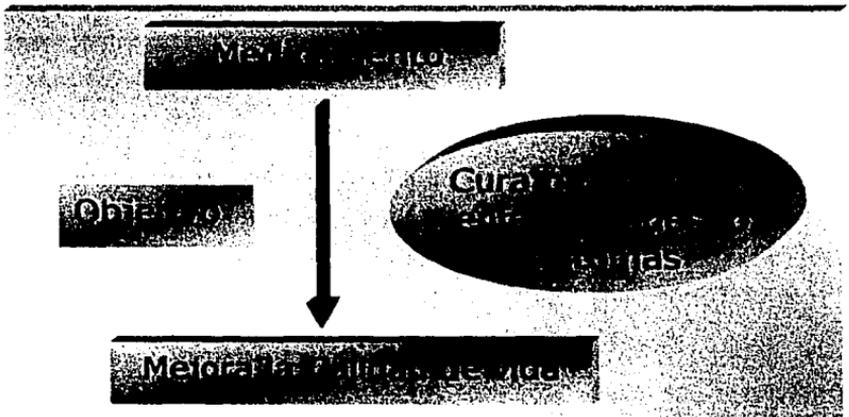


FIGURA 1

RELACIÓN Q.F.B. - PACIENTE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA ¹⁴

Para que quede clara esta idea, se deben ir siguiendo con los conceptos claves de la atención farmacéutica, se debe destacar que esta actividad profesional exige que el objetivo del Q.F.B. se desplace desde una simple dispensación de medicamentos (a veces acompañada de consejos) hacia una atención y cuidado del paciente. Por lo tanto, los fines que persigue la atención farmacéutica con respecto al paciente son la resolución o mejora de su problema de salud, para lo cual en muchas ocasiones el trabajo del Q.F.B. deberá integrarse con el del médico que trata a ese paciente, con objeto de complementar y ayudar en el propósito de superar dicho problema de salud.

Si el Q.F.B. se responsabiliza en conseguir estos fines, no hay duda que el acto de la dispensación se hace mucho más profesional, lo que conlleva a una absoluta necesidad de la ayuda de los Q.F.B. para alcanzar éxitos sanitarios, traduciéndose en un aumento de la valoración positiva de la farmacia por parte de la sociedad ^{13,14}.

Como resultado de la evolución del concepto de atención farmacéutica y de su aceptación por parte de los Q.F.B. en nuestro país, en estos momentos se define la atención farmacéutica como: *La realización del seguimiento farmacológico en el paciente, con dos objetivos* ⁸:

1. Responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado por el médico que lo prescribió o por el Q.F.B. que lo indicó.
2. Estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen resolverlos entre los dos o con ayuda de su médico (ver figura 2).

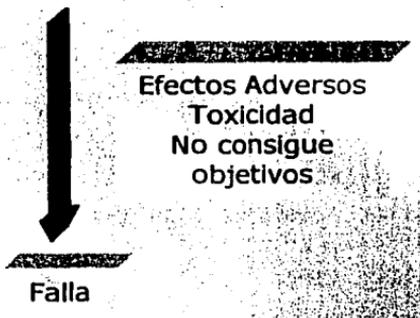
FARMACOTERAPIA

FIGURA 2

FARMACOTERAPIA, PROBLEMAS NO DESEADOS ¹⁴**5.2 OBJETIVOS Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Se debe resaltar que los objetivos de la atención farmacéutica son la curación de la enfermedad, la eliminación o la reducción de la sintomatología de un paciente, el retraso en el desarrollo del proceso, la prevención de una enfermedad o sintomatología, sin olvidar la notable incidencia que sobre costos sanitarios tienen la reducción del alto índice de mortalidad y morbilidad relacionados con el mal uso, las reacciones adversas de los medicamentos y la ausencia de la aplicación, en muchos casos de un protocolo riguroso de elaboración de fórmulas magistrales.

Por lo que el objetivo de la atención farmacéutica es optimizar la calidad de vida del paciente y conseguir unos resultados clínicos positivos, dentro de los costos económicos de que se dispone.

Con los objetivos que se están planteando, los resultados que persigue la atención farmacéutica requieren de un Q.F.B. que trabaje en colaboración con el paciente y con el resto de los profesionales sanitarios encargados de la salud del paciente, monitorizarlo, planificarlo y modificando su terapia farmacológica, asegurando de esta manera la efectividad del plan terapéutico ¹².

De esta manera la atención farmacéutica pretende personalizar el tratamiento terapéutico al paciente, evaluar los resultados esperados de la terapia, educar al paciente, dar consejos y atender consultas respecto a su terapia farmacológica, realizar seguimiento y control del tratamiento terapéutico, hacer informes escritos para el médico y/o paciente a los que se llamaran informes de consulta farmacéutica. La puesta en marcha de estas actividades de atención farmacéutica pueden suponer una punta de lanza a favor del mantenimiento del ejercicio profesional.

Por lo que la atención farmacéutica *"no es lo que han hecho los Q.F.B. toda la vida en la farmacia. Ya que no se han implantado programas de detección de incumplimiento terapéutico, no se ha trabajado con una sistemática de evaluación de las prescripciones, no se han establecido objetivos terapéuticos en el tratamiento de trastornos menores, etc."* Por lo tanto la atención farmacéutica es la identificación, resolución y prevención de los PRM, lo que supone una forma de tomar decisiones terapéuticas de forma sistemática, racional y con profundidad ⁸.

5.3 NECESIDADES DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Los objetivos que persigue la atención farmacéutica de forma general son de tres tipos:

- Respecto al paciente, el de resolver sus problemas de salud.
- Respecto al médico, el de complementar y ayudar en la atención sanitaria que se presta al paciente.
- Respecto al medicamento, el de profesionalizar el acto de la dispensación.

Por lo tanto y de acuerdo con estos objetivos, las necesidades de aprendizaje en atención farmacéutica, también serán de tres tipos:

- Aprender a trabajar con pacientes que tienen problemas de salud.
- Aprender a trabajar con los médicos que van a tratar o han tratado ese problema de salud en un paciente.
- Aprender a trabajar con unos medicamentos que el Q.F.B. y el médico usan como herramientas para resolver el problema de salud de cada paciente.

En resumen se necesita adquirir destreza y habilidad para trabajar con medicamentos que van a ser utilizados por pacientes. El Q.F.B. no sólo va a usar sus conocimientos para hacer o ratificar una buena elección del medicamento, para conservarlo de forma óptima y dispensarlo correctamente acompañado de consejo, sino que de forma profesional hay que continuar con el proceso haciendo un seguimiento del medicamento en el paciente y evaluando los resultados obtenidos, para poder detectar la posible aparición de efectos adversos y sobre todo para comprobar que los objetivos terapéuticos que se perseguían al instaurar el tratamiento se han alcanzado ^{8,9}.

También se busca satisfacer la necesidad social de que los medicamentos sirvan para lo que realmente se diseñaron y se prescribieron o indicaron, esto significa una reprofesionalización del Q.F.B. y no hay duda de que en toda reprofesionalización es necesario adaptarse, adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades ⁸.

Por ello, si nos centramos en el núcleo fundamental de la atención farmacéutica, que es la relación que se establece entre el Q.F.B. y el paciente, que trabajan juntos para prevenir, identificar y resolver los problemas que pueden surgir con el tratamiento farmacológico, es lógico pensar que una de las principales habilidades que hay que adquirir es un buen manejo de las técnicas de comunicación, para poder trabajar de forma óptima con pacientes y en muchos casos con el médico y el resto del equipo de salud. Estas habilidades en ciencias del comportamiento se pueden adquirir de una forma autosuficiente a través del estudio y de la práctica de técnicas recogidas en publicaciones especializadas, aunque hay que admitir que en estos momentos el número de éstas, en el caso de entrevista y comunicación farmacéutica, es muy escaso ^{8,17}.

Por lo que otra forma de adquisición de habilidades de comunicación es a través de cursos especializados. Estos cursos se pueden organizar y desarrollar en tres modalidades:

- a) Como cursos cortos de formación continua impartidos por especialistas en comunicación farmacéutica, con trabajo posterior de experimentación y práctica por parte del Q.F.B.
- b) Realizar uno de los cursos de especialización más completos en atención farmacéutica (tipo Master), que aporten una enseñanza profunda de técnicas de comunicación a cargo de equipos de especialistas.

c) Por último, adquirir estas habilidades comunicativas a través de cursos a distancia que aporten un soporte técnico importante en el tema (programas informáticos, vídeos, etc.), los cuales siempre se deben acompañar con una evaluación de los progresos.

Otro aspecto importante es conocer y aprender a utilizar las herramientas que permitan desarrollar programas de atención farmacéutica. Se admite que se pueden hacer fichas farmacoterapéuticas, seguimiento del tratamiento de los pacientes, identificación de interacciones medicamentosas, etc., sin un soporte informático, pero no hay duda de que, en plena era de la información con multitud de sistemas y herramientas informáticas que permiten realizar el trabajo en este campo de una forma más fácil y segura, es mucho más sensato incorporar toda esta tecnología al trabajo en atención farmacéutica. Así, una formación en el manejo de programas informáticos en atención farmacéutica será muy útil, además de permitir establecer relaciones e intercambiar experiencias con otros profesionales a través de los canales de comunicación electrónica ^{8,19}.

Otra habilidad muy necesaria para hacer atención farmacéutica es aprender a trabajar en equipo, debido a que en esta forma de ejercicio profesional la integración de todos los implicados en el tratamiento del paciente es fundamental. Hay que aprender técnicas que faciliten el trabajo entre pacientes, Q.F.B.'s, médicos y del personal sanitario (auxiliares de farmacia, personal de enfermería, etc.). Existe toda una metodología desarrollada para aprender a motivar, delegar funciones, resolver problemas, tomar decisiones y otros aspectos inherentes al trabajo en equipo ⁸.

También es fundamental adquirir conocimientos sobre las fuentes de información y documentación que el Q.F.B. tendrá que utilizar para hacer atención farmacéutica. Es importante que aún siendo posible recibir ayuda

externa, por ejemplo a través de los centros de información del medicamento, el Q.F.B. se debe familiarizar con las fuentes de información farmacéutica, para poder valorar datos y sobre todo obtener el máximo provecho.

Finalmente, la atención farmacéutica necesita una formación permanente en farmacoterapia. Esta formación se basará en la puesta al día de los conocimientos farmacológicos que el Q.F.B. adquiere durante su licenciatura, y en los conocimientos complementarios en fisiopatología que le permitan poder evaluar la selección, seguimiento y control de la farmacoterapia utilizada ²¹.

Es importante resaltar que una buena forma de adquirir conocimientos y habilidades para ejercer atención farmacéutica es la participación en proyectos de investigación y desarrollo en programas globales o específicos. Esta participación permite potenciar la habilidad para pensar (comprensión científica y pensamiento crítico), la adquisición de hábitos en autoaprendizaje (capacidad de adaptación, necesidad de mejorar), resolver problemas, tomar decisiones, etc ^{8,20}.

5.4 MODALIDADES DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Dentro de este punto, se pretende dar a conocer que modalidades se pueden manejar en la atención farmacéutica, que se persigue de una farmacoterapia eficaz, por lo que podemos clasificarla en estos momentos en dos modalidades:

➤ Atención farmacéutica global: corresponde al modelo propuesto por Strand: Comprehensive Pharmaceutical Care (CPHC).

- Atención farmacéutica en grupos de riesgo (enfermos crónicos, ancianos, polimedicados, etc.): corresponde al modelo propuesto por Hepler: Therapeutics Outcomes Monitoring (TOM).

5.4.1 ATENCIÓN FARMACÉUTICA GLOBAL

La atención farmacéutica global se refiere al seguimiento que el Q.F.B. hace de todos los tratamientos con medicamentos que lleven a cabo aquellos pacientes que deseen participar en el programa. Este seguimiento se hace con dos propósitos ^{18,20,21}:

- Conseguir los objetivos terapéuticos previstos al implantar el tratamiento por prescripción médica, por indicación farmacéutica o por automedicación asistida.
- Evitar posibles reacciones adversas o de toxicidad.

Para llevar a la práctica un programa de atención farmacéutica global es necesario realizar una serie de pasos, la cual consiste en:

- Convencer al paciente de los beneficios que para su calidad de vida va a representar el llevar a cabo, junto con el Q.F.B., un programa de atención farmacéutica global. Para conseguir este propósito, será necesario y muy útil emplear buenas habilidades en comunicación y utilizar las técnicas que permitan establecer una relación terapéutica con el paciente, la cual se caracteriza por la confianza y por el común acuerdo de trabajar juntos, con el objeto de prevenir, identificar y resolver los posibles problemas derivados del tratamiento.
- Abrir al paciente una ficha farmacoterapéutica, donde se recojan junto a datos generales (edad, sexo, enfermedades, hábitos sanitarios, etc.), la

medicación que en todo momento reciba ese paciente, con objeto de evitar efectos adversos.

Ya se ha comentado anteriormente que la medicación que un paciente puede recibir tiene tres orígenes ²¹:

➤ **Prescripción médica.** Aquí, hay que comprobar que no exista un error de prescripción y que la dosis y duración del tratamiento están definidas y son adecuadas. También es importante comprobar que no interfiera con otros medicamentos que el paciente esté tomando (por otra prescripción de un médico distinto o por automedicación). En todos los casos será de vital importancia conocer los objetivos terapéuticos del médico al instaurar ese tratamiento, los cuales se mencionan a continuación:

➤ **Indicación farmacéutica.** Los medicamentos que no necesiten receta y que los indique un Q.F.B., como respuesta a una petición del paciente para aliviar trastornos menores, debe de ser aconsejados de acuerdo con protocolos clínicos elaborados o adaptados por el propio Q.F.B. y de ser posible avalados por alguna asociación profesional o científica. Estos medicamentos no podrán interferir con otros que el paciente ya esté tomando.

➤ **Automedicación.** Puesto que existe cada vez más automedicación por parte de los pacientes, basándose en un mayor grado cultural de los mismos y a una promoción de esta automedicación desde las autoridades sanitarias (ahorra gasto público), es importante el papel que el Q.F.B. puede ejercer para que sea una automedicación responsable. Es fundamental que los Q.F.B.'s promuevan un uso racional de los medicamentos, sobre todo en nuestro país donde los medicamentos de venta libre no han salido de la farmacia. Habrá que comprobar, igualmente, que no interfieran con otros medicamentos que esté utilizando el paciente.

- Planificar junto con el paciente qué objetivos terapéuticos se desean conseguir y cuál es la pauta a seguir para hacerlo. Hay que consultar al paciente, para discutir sus expectativas y preocupaciones con respecto al tratamiento farmacológico, evaluar hasta qué punto el paciente ha comprendido este tratamiento e identificar sus necesidades respecto al mismo. Es importante establecer los objetivos a conseguir, para que en caso de no alcanzarlos en un tiempo razonable, poder modificar el tratamiento (en su caso, junto al resto del equipo sanitario), tratando de evitar que el problema de salud se agrave.
- Hacer el seguimiento de la farmacoterapia e intervenir para que sus objetivos se alcancen y no aparezcan efectos adversos o tóxicos. Para ello habrá que planificar el seguimiento del tratamiento a través de contactos periódicos con el paciente, y de acuerdo con la evolución del mismo, realizar intervenciones farmacéuticas documentadas, con el fin de alcanzar los objetivos e identificar los problemas, normales o potenciales, derivados del tratamiento. En ocasiones la intervención farmacéutica consistirá en la remisión del paciente al médico.
- Evaluar los resultados obtenidos para asegurar que se han conseguido los objetivos propuestos y en caso negativo tomar las medidas oportunas que permitan alcanzarlo. Es básico evaluar y documentar los resultados obtenidos. En el caso de que el problema de salud del paciente se haya resuelto, significa que se ha llegado al fin de la atención farmacéutica. Si no se ha conseguido, habrá que repetir el proceso.

5.4.2 ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN GRUPOS DE RIESGO

La atención farmacéutica en grupos de riesgo es la modalidad que se centra en controlar la farmacoterapia en pacientes con enfermedades crónicas o en situaciones especiales, que requieran la utilización de medicamentos durante

largos períodos o de por vida, y que en muchos casos necesitan además una educación sanitaria para sobrellevar su enfermedad. Tales son los casos de pacientes diabéticos, hipertensos, asmáticos, con problemas cardiovasculares, ancianos, pacientes polimedicados o que necesitan ser tratados con medicamentos potencialmente tóxicos como anticancerígenos, anticoagulantes, estupefacientes, etc., o pacientes con enfermedades graves, que pueden arriesgar la vida si los medicamentos prescritos no son eficaces o se utilizan mal. Los puntos que son necesarios para llevar a cabo esta modalidad son ^{18,20,21}:

- ▶ Decidir con qué tipo o tipos de pacientes se van a llevar a cabo proyectos de atención farmacéutica. Los programas de atención farmacéutica en grupos de riesgo tienen la enorme ventaja de que permiten comenzar a trabajar en esta modalidad profesional con unos pocos pacientes y con un problema de salud bien definido. Esto permite que se puedan adquirir de forma progresiva, las habilidades y destrezas que se necesitan en atención farmacéutica. El grupo de estudio se deberá elegir de acuerdo con las características de la población sanitaria atendida o con las expectativas profesionales del Q.F.B.
- ▶ Adquirir conocimientos claros y amplios sobre la patología de los pacientes elegidos y sobre su farmacoterapia. Antes de comenzar a llevar a cabo uno de estos programas, hay que informarse en la patología elegida y en su farmacoterapia. Será necesario reconocer las manifestaciones clínicas, para poder ayudar a su control o para la derivación del paciente al médico en caso necesario y habrá que identificar los problemas potenciales del tratamiento.
- ▶ Identificar a los pacientes candidatos a participar en el programa de atención farmacéutica. Esta identificación se podrá hacer a través de la

existencia de un diagnóstico establecido y un tratamiento prescrito por parte del médico, o por la detección de pacientes ocultos desde la farmacia.

- Convencer al paciente para que participe en el programa. Es básico explicarle al paciente las ventajas que para su calidad de vida representará su participación en este programa de atención farmacéutica, en el cuál se forma un compromiso por ambas partes y se establece qué dinámica se seguirá en el proceso.
- Obtener y mantener la ficha del paciente. En programas de atención farmacéutica en grupos de riesgo, la ficha farmacoterapéutica del paciente, junto a sus datos sanitarios, deberá de mantenerse permanentemente actualizada, con objeto de poder valorar cualquier tipo de incidencia. Para ello será necesario programar con el paciente una serie de citas periódicas para aportar datos (ver anexos).
- Educar al paciente sobre aquellos aspectos de su enfermedad que sea necesario que él conozca, sobre su tratamiento y sobre hábitos saludables que mejoren su calidad de vida. Es vital para conseguir los objetivos de este programa, una educación sanitaria del paciente, para familiarizarlo con su enfermedad y para aportarle información individualizada y reciente sobre su farmacoterapia. Hay que dar instrucciones para el uso correcto de los medicamentos y productos sanitarios relacionados, así como enseñarle el manejo de las técnicas necesarias para su utilización. Todo esto acompañado de normas para conseguir hábitos de vida saludables.
- Planificar los objetivos terapéuticos que se desea conseguir. Es muy importante determinar los objetivos y criterios a seguir, estableciendo plazos. Los problemas potenciales de la farmacoterapia han de ser prioritarios, con objeto de poder ser prevenidos, detectados y resueltos.

✦ Hacer un seguimiento del tratamiento farmacológico del paciente. Este seguimiento deberá centrarse en aspectos tales como el cumplimiento del mismo, duplicidades, reacciones adversas, mantenimiento de parámetros biológicos o de los tratamientos no farmacológicos como son los hábitos de vida o la utilización de productos sanitarios.

✦ Intervenir cuando surjan situaciones que puedan afectar al curso de la enfermedad del paciente o a su calidad de vida, tomando decisiones de pautas a seguir o remitiéndole al médico cuando sea necesario. El Q.F.B. deberá intervenir una vez valorado el tratamiento del paciente. Para ello deberá de hacerse una serie de preguntas, tales como:

¿Necesita de verdad el paciente este tratamiento?

¿Son el medicamento y la forma farmacéutica los más adecuados y seguros?

¿Es la dosis más efectiva y segura?

¿Necesita el paciente algún tratamiento adicional para contrarrestar efectos secundarios inevitables?

¿Afectará en algún aspecto fisiológico el tratamiento al paciente?

¿Podrá interaccionar con otro medicamento que esté tomando el paciente?

¿Cumplirá el paciente el tratamiento?, etc.

✦ Evaluar los resultados obtenidos y tomar decisiones dependiendo del sentido de los mismos. La evaluación de los resultados es el punto crucial de la atención farmacéutica. Sin esta evaluación todo el proceso no tiene sentido, y el Q.F.B. debe de ser consciente de su responsabilidad en el logro de resultados terapéuticos definidos⁸.

5.5 PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA OFICINA DE FARMACIA

Para llevar a cabo estos programas de atención farmacéutica, lo primero que hay que hacer es liberar al Q.F.B. de las tareas de rutina que viene haciendo en la actualidad. Es urgente y necesario que, aún con la estructura burocrática actual, que lógicamente habrá que ir cambiando con el tiempo, y con la multiactividad actual, que habrá que ir cambiando también, el Q.F.B. comunitario se libere de esta rutina y dedique su tiempo al medicamento y a su seguimiento en el paciente, que es para lo que ha sido formado con tanto esfuerzo por la Universidad. Deberá para ello delegar en el resto de su equipo la mayor parte de las tareas que hasta ahora venía realizando (todo esto es necesario hacerlo sin aumento de costos)³⁹. Luego tendrá que conseguir optimizar al máximo los recursos de personal, tiempo, espacio, etc., de que dispone. Por consiguiente le será imprescindible adquirir habilidades sobre cómo optimizar los recursos humanos, el trabajo en equipo y delegación de funciones.

Una vez liberado y dedicado de lleno a su "nueva tarea", tendrá que liberar un espacio físico donde poder ejercer su actividad de forma privada con sus pacientes (una zona de atención personalizada), donde atenderá a aquellos que le sean filtrados desde el mostrador de la farmacia o que acudan directamente a consulta.

Tenemos pues al Q.F.B. en su oficina dispuesto a hacer atención farmacéutica. El primer problema que se plantea es cómo empezar. Lo que tiene que conseguir es idear una estrategia que conduzca a conseguir su fin: buscar, encontrar y resolver todos los PRM en sus pacientes⁴⁰.

La primera premisa de todos estos puntos es contar con que sus clientes deseen participar en un programa de atención farmacéutica. Si un cliente no

quiere, no se puede hacer atención farmacéutica con él. Por lo que es importante que el Q.F.B. se las ingenie para transmitirle, a cada uno de sus clientes, en qué consiste el servicio que se les va a ofrecer, sin olvidar el aspecto legal de que tiene la obligación de hacerlo. Hay que transmitir a los clientes que se les puede dar un servicio que los clientes aún no saben en qué consiste. Para tener éxito en este apartado, y tal como se ha comentado anteriormente, habrá que adquirir habilidades en técnicas de comunicación. A partir de este momento hay dos formas de comenzar a hacer atención farmacéutica ⁴¹:

- Intentar hacerlo de forma parcial con todos los pacientes y poco a poco ir ampliando el servicio en calidad. Si se hace una ficha sencilla a cada uno de los pacientes recopilando la información necesaria para esta (enfermedades, medicamentos, alergias, etc.) y si se dispone de un sistema informático sencillo que lo permita, cada vez que uno de los pacientes vaya a comprar un medicamento el personal que atiende la farmacia podría comparar sus principios activos con cada una de las situaciones de la ficha de paciente y, si hay algún problema potencial, se pasara al paciente a la oficina del Q.F.B. para que se valore el posible problema y se tomen las acciones necesarias. Claro que con este sistema sólo se conseguiría detectar algunos de los PRM, pero poco a poco se iría evolucionando con este sistema para ir detectando el resto ^{39,41}.

- Otra solución es ir haciendo atención farmacéutica a grupos de pacientes por enfermedades. Se puede comenzar con pacientes diabéticos, y el año que viene cuando ya se haya tomado confianza y se domine la situación proponer un programa para los hipertensos. De esta forma se tiene una gran ventaja, y lo primero que se hace es estudiar la diabetes, irse actualizando día con día en la terapia, buscar el material de apoyo, etc. Además, el trabajar con quince diabéticos permite buscar y encontrar los

PRM, se puede comprometer totalmente con los pacientes en el sentido de responsabilizarse con ellos en que la terapia está funcionando correctamente. Sin embargo, a muchos Q.F.B's les preocupa el hecho de que atenderían perfectamente a sus quince diabéticos, pero que va a pasar desapercibido cualquier PRM que suceda al resto de sus pacientes ^{42,44}.

Los pioneros de la primera atención farmacéutica global, en su evolución para conseguir mejorar el servicio en el sentido de hacer una atención farmacéutica completa comienzan (apenas han organizado la primera fase), a montar programas de atención farmacéutica en grupos de riesgo. Lo que también asegura rotundamente es que, tantos los unos como los otros, comienzan a realizarse profesionalmente como nunca lo habían hecho, apenas comienzan el proceso de atención farmacéutica. La implantación y fases de la atención farmacéutica global han sido descritas suficientemente, y sólo han evolucionado en estos dos últimos años en el sentido de perfeccionamiento de los programas informáticos, los cuales disponen ya de un módulo con el que se puede comenzar a trabajar en atención farmacéutica ^{45,47}.

Quizás las fases de implantación y desarrollo de atención farmacéutica en grupos de riesgo, sean las que más puedan evolucionar en conceptos y contenido. Por lo que es necesario de alguna forma ayudar en la medida de lo posible a que estos programas de atención farmacéutica en grupos de riesgo tengan una metodología seria y eficaz ^{41,48}.

CAPITULO 6

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

LO QUE IMPORTA, SOBRE TODO MIENTRAS SE ES JOVEN, NO ES CULTIVAR LA MEMORIA, SINO DESPERTAR EL ESPÍRITU CRÍTICO Y EL ANÁLISIS; PUES SÓLO ASÍ SE PUEDE LLEGAR A COMPRENDER EL SIGNIFICADO REAL DE UN HECHO EN VEZ DE RACIONALIZARLO

KRSIHNAMURTI

Explicar al paciente el objetivo que se pretende alcanzar con el servicio de atención farmacéutica de forma clara, concisa y breve, consiste en:

- Convencer al paciente de que es él, y no el Q.F.B., el beneficiario de este nuevo servicio, colaborando con su médico, no sustituyendo a nadie.
- Transmitir el mensaje de que la población encuentra en el Q.F.B. a un profesional sanitario que le va a asesorar sobre el medicamento más indicado en cada situación, y que el paciente no se encuentra solo ante el bombardeo publicitario al que está sometido diariamente por los medios de comunicación en materia de medicamentos ^{35,50,51}.

Según se expuso en el 57 Congreso de Farmacéuticos celebrado en Vancouver en Agosto de 1997 ¹³, las acciones a seguir para el desarrollo óptimo de la atención farmacéutica serían las recogidas en la Tabla 1.

Las fases primera y segunda son las que se están desarrollando en la actualidad. La tercera fase requiere una metodología de investigación ¹⁴ que necesita una preparación específica, de forma que sería aconsejable que estuviese dirigida y respaldada por la Universidad. Proyectos como el de la atención farmacéutica han movilizadado multitud de recursos humanos y para ello, entre otras cosas, se necesitan muchos farmacéuticos que hayan pasado por las dos primeras fases TABLA 1. Por último, la fase cuarta debe llevarse a cabo por parte de los profesionales, que son los que deben ofertar a la administración sanitaria y concertar con ella la forma de pago de estos servicios. Servicios que previamente, y es condición inexcusable, se ha demostrado con las otras fases que son imprescindibles para la sociedad. La administración tiene que posibilitar que se dé este servicio imprescindible a

los ciudadanos a los que administra sus servicios sanitarios, y tiene que posibilitar el que estos servicios se paguen ¹⁵.

TABLA 1

FASES PARA EL DESARROLLO ÓPTIMO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ¹⁵

1ª Elaboración del protocolo por parte del farmacéutico, conteniendo un manual con información de apoyo en torno a la enfermedad, terapéutica, consejos al paciente y promoción de la salud. También se han de incluir unas fichas de paciente.

2ª Estudio piloto en 6 oficinas de farmacia durante 3 meses, al fin de los cuales se evalúen los resultados terapéuticos, del paciente, del médico y del farmacéutico.

3ª Estudio de investigación en 100 oficinas de farmacia, basado en la experiencia piloto, aplicando una rigurosa metodología de trabajo.

4ª Implantación en las oficinas de farmacia, previa presentación a las autoridades sanitarias.

Centrándonos pues en la primera fase de implantación de un programa de atención farmacéutica, es necesario, para cualquier farmacéutico que se inicie, dar los siguientes pasos ^{23,24,25,26}:

Realizar un estudio de la enfermedad, conociendo los siguientes puntos:

- Etiología.
- Fisiopatología.
- Epidemiología.

- Pruebas diagnósticas (en el caso de las pruebas de laboratorio, se deben programar las más sencillas, describiendo la forma de hacerlas e incluso el aparataje necesario para ello.)
- Complicaciones de la enfermedad, cómo y cuándo pueden manifestarse (cómo valorarlas en un paciente).
- Prevención de la enfermedad.
- Selección de medicamentos (sólo situaciones y nombres).
- Otras terapias (si se necesitan aparatos para ello, describirlos con teléfono y dirección del fabricante, aportando una muestra de folletos).
- Educación al paciente referente a su enfermedad, con folletos editados por organismos públicos o privados (con dirección o teléfonos para conseguirlos, aportando una muestra de cada uno)
- Glosario de términos.

De la misma manera se debe realizar un estudio de los medicamentos, para conocer sus efectos e interacciones farmacológicas, además de conocer lo básico del principio activo, conociendo los siguientes puntos:

- Grupos y subgrupos terapéuticos, con los principios activos, especialidades y excipientes de cada una de ellas. Estudio de cada principio activo según nuevos modelos propuestos ¹⁶, especificando cómo se manifiesta en el paciente (y/o qué pruebas sería necesario realizar para ello, con descripción detallada de las mismas, teléfono y dirección del fabricante, etc.)
- Farmacovigilancia.

- Educación al paciente sobre los medicamentos, con folletos editados por organismos públicos o privados (con dirección o teléfonos para conseguirlos, aportando una muestra de cada uno).
- Monitorización de los fármacos.

Se debe realizar un protocolo de seguimiento a grupos de pacientes con la misma enfermedad y a los cuales se le esta dando atención farmacéutica, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- Consulta inicial.
- Qué debe contener la ficha de paciente.
- Visitas sucesivas: periodicidad de las mismas y qué hacer.
- Actuación frente a problemas.

Los farmacéuticos que estén realizando atención farmacéutica deberán realizar identificaciones de los pacientes a los cuales están apoyando, cubriendo los puntos que se mencionan a continuación:

- Características a cumplir por los mismos para integrarlos en un programa de atención farmacéutica.
- Cómo identificarlos, qué decirles y como tratarlos.

Si los farmacéuticos están llevando a cabo un programa individual de atención farmacéutica para cada paciente (PAPAF), se deberá realizar lo siguiente:

- Ficha de paciente: elaborarla de forma sencilla con todos sus apartados y un máximo de un folio por las dos caras.

- Estudio previo y valoración:
 - a) De la medicación: PRM modelo Strand, grado de conocimiento de sus medicamentos.
 - b) Del grado de conocimiento de su enfermedad.
 - c) De las complicaciones de su enfermedad.
- Objetivos a conseguir en este paciente.
- Actuaciones que se llevan a cabo para conseguir dichos objetivos, con fecha.
- Evaluación de resultados con fecha en que se han conseguido o no los objetivos.
- Cuando iniciar otro estudio, valoración y marcar nuevos objetivos.

Todos estos puntos que se están mencionando, pretenden ser en el futuro inmediato de las líneas maestras que deben seguirse por parte de los grupos de farmacéuticos que inicien la atención farmacéutica. Y ésta se pretende que sea la línea de trabajo que se siga por parte de los autores y profesores que dediquen su esfuerzo y su trabajo al desarrollo de la atención farmacéutica. Un manual para hacer atención farmacéutica en un grupo concreto debe contener estos puntos de forma clara y concisa, así mismo debe contener¹⁶:

- Un ejemplo concreto de actuación en un paciente.
- Bibliografía en que se ha basado.
- Bibliografía recomendada de consulta.

Una vez que se han cubierto estos puntos, el objetivo último de cualquier sanitario es educar y ayudar al paciente para que no esté enfermo, y si lo está, ayudarle a que se cure o mejore. Para ello, el medio que el médico utiliza en exclusiva es controlar el proceso de la enfermedad, mientras que el medio que el Q.F.B. ha de usar para conseguir ese fin es el controlar el proceso de la farmacoterapia ^{8,19,29}.

En estos momentos se debería dedicar todo el esfuerzo investigador a diseñar programas que permitan buscar, encontrar y resolver PRM y, cuando aparezca uno, documentarlo con la fecha en que se ha encontrado y el número de historia de ese paciente en la farmacia. Escribiendo a continuación el objetivo marcado (que se le cambie la medicación, que se le medique, que se le cambie el intervalo o la dosis, etc.) y las acciones que se deben seguir para conseguir ese objetivo (comunicación oral o escrita al médico a través del paciente, oral directamente al médico, escrita al médico a través del paciente, escrita al médico directamente) ³⁰. Y cuando se consigue el objetivo, escribir en el mismo impreso en el capítulo de resultados, la fecha de consecución (o la fecha de la no consecución).

De esta forma, se podrá asegurar que se han detectado tantos PRM en tantos pacientes, que se ha actuado de esta forma o de esta otra, y que se podrán resolver tantos problemas.

Todo ello para que en el futuro los Q.F.B. puedan disponer de protocolos homologados con una eficacia que permita detectar y solucionar PRM, que se pueda cobrar por hacerlo, controlando en todo momento la calidad y efectividad de los programas o exigiendo su mejora ^{8,26,31}.

Para poder lograr los objetivos que hacen que una atención farmacéutica en la intermediación, debe establecerse un fluido diálogo con el directorio y/o el grupo administrativo de la farmacia, a fin de mantener un constate

conocimiento de las modificaciones operativas de la farmacia, dentro de las cuestiones profesionales y asesorar a la farmacia sobre los procedimientos a desarrollar para mejorar los controles ³⁴. Para lograr los objetivos de la atención farmacéutica se deben clasificar según su carácter *preventivo* (antes de que se establezca el tratamiento o bien se le administre al paciente el medicamento susceptible de generar el problema) o *corrector* (una vez instaurado el tratamiento). Por definición, los PRM's reales siempre requieren actuaciones correctoras, sin embargo, los PRM's potenciales pueden requerir, tanto de una acción preventiva, como una actuación correctora.

CAPITULO 7

FARMACOVIGILANCIA O SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

**TIENE CON
FALLA DE ORIGEN**

EL NÚCLEO FUNDAMENTAL DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA ES UNA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE EL Q.F.B. Y EL PACIENTE, QUE TRABAJAN JUNTOS PARA PREVENIR, IDENTIFICAR Y RESOLVER LOS PROBLEMAS

Dentro de todos los estudios e investigaciones que se están llevando a cabo, existe un documento de consenso que habla sobre atención farmacéutica, donde se define al seguimiento farmacoterapéutico como: *la práctica Profesional en la que el Q.F.B. se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de PRM, de forma continua, sistemática y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente*^{15,16,17}.

Una de las necesidades detectadas en la puesta en marcha de este servicio de seguimiento del tratamiento farmacológico desde la farmacia comunitaria, ha sido la oferta previa del mismo a los pacientes. Ante la típica frase: *"tengo dificultad en transmitir al paciente lo que pretendo conseguir con este servicio"*, por lo que se ha buscado una manera fácil y entendible para todas aquellas personas a las que se les ofreciera este servicio, con el objetivo de dar apoyo al Q.F.B., dirigiéndose al paciente, y que sirviese para explicarle en que consiste y que ventajas les iba a reportar este servicio. Fruto del trabajo en equipo de este grupo surgió el tríptico que se muestra en la Figura 3³⁵.

¿Qué es...?

Un servicio **GRATUITO, PERSONALIZADO Y CONFIDENCIAL**, que le ofrece su **FARMACÉUTICO**

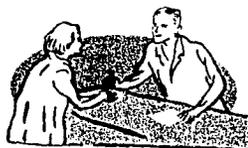


¿Para qué...?

- ▶ Para prevenir posibles problemas relacionados con sus medicamentos.
- ▶ Porque la utilización de medicamentos debe ser supervisado por un Profesional Sanitario: su **FARMACÉUTICO**
- ▶ Para cuidar de su salud en colaboración con su Médico.

Ventajas que ofrece

- ▶ Su salud pasa por las manos de un Profesional.
- ▶ Obtener información y asesoramiento continuando su tratamiento.
- ▶ Mejorar los resultados de su tratamiento.
- ▶ Evitar Reacciones adversas e Interacciones.
- ▶ Colaboración entre usted y su Farmacéutico.



iii Podemos cuidar de su Salud...!!!

ATENCIÓN FARMACÉUTICA

(seguimiento farmacoterapéutico)



¿Qué es...?

FIGURA 3

TRÍPTICO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

**Siempre Atención
Farmacéutica Contigo**

Tu Farmacia

**► PREGUNTE A SU
FARMACÉUTICO**

**► ESTAMOS A SU
DISPOSICIÓN**

**!!! PODEMOS CUIDAR
DE SU SALUD... !!!**

**ATENCIÓN
FARMACÉUTICA**

**(seguimiento
farmacoterapéutico)**



¿ Qué es.....?

**NO DIGAS
NADA DE ORÍGEN**

Este seguimiento farmacoterapéutico que se quiere brindar a los pacientes, pretende conseguir el mejor y mayor beneficio de la farmacoterapia en cada paciente y surge como consecuencia del reconocimiento de la existencia de PRM, derivados lógicamente del uso de éstos, y del convencimiento de que los problemas pueden prevenirse o minimizarse mediante una actuación profesional y responsable. El seguimiento farmacoterapéutico se debe convertir en un elemento básico de la asistencia sanitaria, por ejemplo: en Estados Unidos y España existe una legislación que indica que la atención farmacéutica y el servicio de farmacia obligan a que el farmacéutico titular la realice en la oficina de farmacia ^{18,19}.

Por lo que en México este servicio debe estar integrado con otros elementos de la asistencia sanitaria, porque no hay que olvidar que aunque la clave del seguimiento lo constituye el trabajo en común que realiza el experto en medicamentos con el paciente, en muchas ocasiones la decisión final deberá tomarla el médico que atiende a ese paciente ^{22,23}.

Es importante destacar que el seguimiento farmacoterapéutico realizado por Q.F.B. no pretende invadir las competencias de otros miembros del equipo de salud. Si no por lo contrario, para proporcionar una asistencia sanitaria global y completa, por lo que se necesita la colaboración de muchos expertos (tales como médicos especialistas, médicos generalistas, analistas clínicos, radiólogos y expertos en medicamentos) ^{12,14}.

Por lo tanto, el conocimiento de la existencia de una importante morbilidad y mortalidad asociada al uso de medicamentos hace que la participación del Q.F.B. en el seguimiento farmacoterapéutico, con el fin de buscar, identificar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, sea en estos momentos una responsabilidad ineludible, tanto por motivos legales

como, lo que es más importante, por un sentido ético profesional ^{19,22}, por lo que se han establecido objetivos del seguimiento farmacoterapéutico ^{23,27}, los cuales se mencionan a continuación:

- Contribuir al uso racional de medicamentos, como principal herramienta terapéutica de nuestra sociedad.
- Garantizar la obtención de la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos.
- Minimizar los riesgos asociados al uso de los medicamentos y por tanto mejorar la seguridad de la farmacoterapia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

De esta manera el Q.F.B. adquiere un compromiso con los resultados de la farmacoterapia en cada paciente. Ello significa que el Q.F.B. de acuerdo con el paciente, asume la responsabilidad de que los medicamentos que éste utilice van a producirle efectos beneficiosos para su salud.

Con el compromiso que el Q.F.B. adquiere, debe ser capaz de identificar como requisitos del servicio de seguimiento farmacoterapéutico los siguientes ^{28,29} puntos:

- Garantía de continuidad en el servicio. Esto implica que el compromiso anteriormente adquirido va a ser ofrecido y prestado mientras el paciente esté de acuerdo con ello.
- Disponibilidad de información actualizada sobre el paciente y su tratamiento.
- Documentación y registro de la actividad, tanto de las intervenciones realizadas como de los resultados obtenidos.

7.1 EL Q.F.B. Y EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Realizar el seguimiento farmacoterapéutico es un ejercicio profesional que consiste en buscar, identificar, prevenir y resolver PRM. Consecuentemente lo primero que hay que tener claro es como realizar el seguimiento farmacoterapéutico como se muestra en la Figura 4 y 5.



FIGURA 4

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (COMUNICACIÓN) 27

Los PRM's es un problema de salud vinculado con la farmacoterapia, que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en ese paciente ³⁰.

Es decir, que el paciente debe sufrir o que exista mucha probabilidad de que sufra, un problema de salud relacionado con un medicamento o con la ausencia del mismo. Por tanto es clave el concepto de problema de salud que utilicemos. Afortunadamente existe una definición de problema de salud

propuesta por un grupo de médicos de atención primaria, que ha demostrado ser muy útil en la práctica del seguimiento farmacoterapéutico 27,29.

Problema de Salud: es todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del profesional de salud (incluido el propio paciente); cualquier queja, observación o hecho que un profesional de salud percibe como desviación de la normalidad... (Gervás y Col)

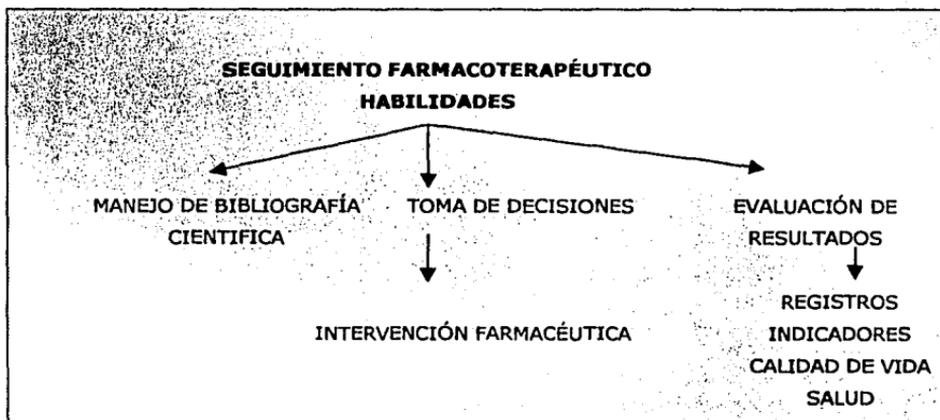


FIGURA 5

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO (TOMA DE DECISIONES) 27

Para la identificación de los PRM se menciona una clasificación basada en los niveles de calidad que se deben exigir a cualquier farmacoterapia. Simplificándolos de tal modo que permitan que, pese a que las causas que pueden originar un PRM son muy diversas, todos puedan ser incluidos en los tres apartados que esta clasificación recoge.

Esta clasificación, agrupa los posibles PRM en tres apartados básicos:

- Necesidad
- Efectividad
- Seguridad

A partir de esta clasificación se pueden afrontar las actividades prácticas del seguimiento farmacoterapéutico con una metodología adecuada, esta clasificación es de 6 tipos TABLA 2.

Para utilizar correctamente esta tabla el Q.F.B. debe comenzar preguntándose si la medicación que usa el paciente es necesaria o no, en relación con los problemas de salud que padece (tanto si le preocupan al paciente como sino) ^{20,21}.

Si el tratamiento farmacológico que sigue tomando el paciente, una vez que se ha evaluado de forma global, no presenta problemas de "necesidad", el Q.F.B. debe plantearse si el tratamiento es o será efectivo, finalmente una vez convencidos de que el medicamento es necesario y no tiene problemas de efectividad, el Q.F.B. debe plantearse la posibilidad de que el problema de salud del paciente tenga que ver con un problema de seguridad en su farmacoterapia.

Una vez que el Q.F.B. ha evaluado estos puntos, se debe realizar la identificación de cualquier PRM en la farmacia que requiere una evaluación clínica completa de la farmacoterapia, para tratar de conseguir que ésta sea necesaria, efectiva y segura. Esta misión del Q.F.B. no debe entrar en ningún caso, en confrontación con el papel del médico, sino que por el contrario debe convertirse en una cooperación efectiva entre ambos ³⁰.

TABLA 5

CLASIFICACIÓN DE PRM ²⁰

NECESIDAD	PRM - 1 El paciente necesita un medicamento y no lo toma. PRM - 2 El paciente toma un medicamento que no necesita.
EFFECTIVIDAD	PRM - 3 El paciente no responde al medicamento que está tomando. PRM - 4 La dosis o pauta del medicamento que toma el paciente no es suficiente.
SEGURIDAD	PRM - 5 La dosis o pauta del medicamento que toma el paciente es excesiva. PRM - 6 El paciente sufre una reacción adversa al medicamento (RAM).

Una vez que el Q.F.B se ha puesto de acuerdo con el médico se comenzara a realizar el seguimiento farmacoterapéutico al paciente, sin embargo antes de iniciar se tendrá que preguntar de forma consecutiva:

- ¿Necesita este paciente en este momento un medicamento?
- Si lo necesita: ¿este medicamento es o será efectivo?
- Si es efectivo: ¿este medicamento es o será seguro?

Una vez que se obtienen las respuestas a estas preguntas se comenzara a realizar el seguimiento farmacoterapéutico del paciente, se debe asumir una corresponsabilidad entre el Q.F.B. y el paciente, de que el medicamento proporcionará al paciente el efecto que el médico deseó para él cuando se lo prescribió. Para esto el Q.F.B. deberá estar atento a lo largo del tratamiento para que no aparezcan efectos no deseados o, si aparecen, resolverlos adecuadamente colaborando con el paciente y su médico ^{22,29}.

El fin que debe pretender el Q.F.B. al hacer el seguimiento farmacoterapéutico Ver Figura 6, es reconducir el proceso hacia la ejecución del objetivo propuesto ³⁰.

Para obtener los resultados que se plantearon en el seguimiento farmacoterapéutico, el Q.F.B. debe evaluar la información objetiva y subjetiva del paciente y de otras fuentes, formando sus propias conclusiones a la vista de: las oportunidades de mejorar y/o asegurar la efectividad, seguridad y economía del plan terapéutico actual, la oportunidad de reducir al mínimo los problemas derivados de la terapéutica actual y sus efectos secundarios así como valorar cuando sea necesaria la próxima visita al Q.F.B.¹².

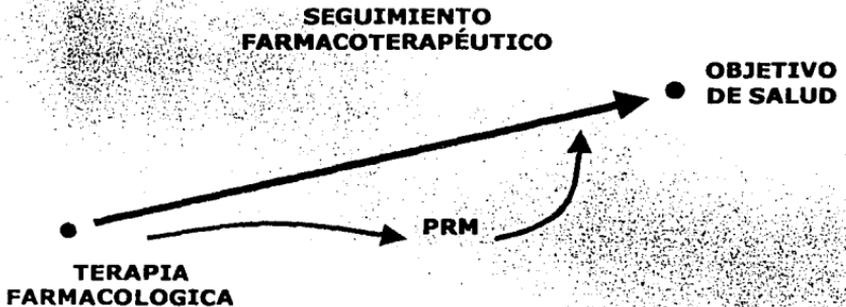


FIGURA 6

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO ¹²

El Q.F.B. y el paciente deben de dar los pasos necesarios para establecer el plan, pasos que han de incluir no solo el contacto con otros profesionales sanitarios, para aclarar o modificar la terapia, sino también el inicio de la misma, la educación al paciente a las personas que lo cuidan, la coordinación en la adquisición de medicamentos y la coordinación de encuentros con otras instituciones ^{12,32}.

CAPITULO 9

METAS DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO BIÓLOGO EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

PARA LAS COSAS GRANDES Y ARDUAS SE
NECESITAN COMBINACIÓN SOSEGADA,
VOLUNTAD DECIDIDA, ACCIÓN VIGOROSA,
CABEZA DE HIELO, CORAZÓN DE FUEGO Y
MANO DE HIERRO.

JAIME BALMES

El ejercicio de la atención farmacéutica requiere que el Q.F.B. asuma la responsabilidad del resultado real de la medicación de cada paciente, y en que si se acepta la responsabilidad de los resultados del tratamiento farmacológico de un paciente, hay que estar preparado para hacer frente tanto a éxitos como a fracaso, por lo que el Q.F.B. se ha trazados metas y objetivos para lograr que esta nueva cultura de trabajo sea aceptada y se obtengan resultados que beneficien tanto al paciente como a todos los profesionales de la salud que estén involucrados ³⁷.

Por lo que esta nueva manera de ejercer la profesión, asumiendo la responsabilidad asistencial y relacionándose directa y plenamente en la salud de los pacientes, requiere de plantearse objetivos específicos los cuales se enumeran a continuación, para alcanzar el éxito de la farmacoterapia del paciente ⁷⁹:

- Mejorar el nivel de atención del paciente al lograr el uso racional de medicamentos y por lo tanto la optimización de la terapia.
- La disminución de los costos hospitalarios al bajar el número de días de hospitalización y el uso de medicamentos, dado el uso racional de medicamentos.
- La actualización continua de conocimientos de farmacoterapia de los profesionales de la salud.
- La contribución en la prevención y/o disminución de infecciones nosocomiales al utilizar mezclas endovenosas y de nutrición parenteral, elaboradas con las buenas prácticas de Farmacia y control de calidad.
- Una mejoría en el cumplimiento de la terapia por parte de los pacientes dados de alta, al explicarles el uso correcto de los medicamentos, lo cual se traduce en la optimización de la terapia y en un ahorro en los gastos de medicamentos.

➤ Al realizar actividades de selección y elaboración de una guía farmaterapéutica del hospital, sobre la base de las necesidades de la práctica clínica, se favorece de nuevo el uso racional de medicamentos y disminuye los costos de adquisición de éstos por parte del hospital.

8.1 SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PACIENTES

Anteriormente se ha reseñado que corresponde al médico el diagnóstico y el pronóstico del problema de salud y, como consecuencia de estos dos procesos el último, la prescripción de un medicamento si es necesario. Así pues, el Q.F.B. no diagnostica enfermedades ni las valora, pero puede tener indicios de que una alteración puede estar sucediendo en el paciente y remitirlo al médico para que establezca el diagnóstico o verdadero alcance del problema, ya que el Q.F.B. ni diagnostica ni pronostica, tampoco prescribe medicamentos. En consecuencia y ya que no prescribe, tampoco hace el camino en el sentido inverso, es decir, no suspende tratamientos. Su papel en este caso está en identificar problemas relacionados con la farmacoterapia y remitirlos para su valoración ^{56,57}.

Llegado este momento, hay que destacar que los problemas de salud pueden tener una medida clínica o no, en cuyo caso es importante conocer cómo se siente el paciente, en lugar de cómo cree el profesional que el paciente debiera sentirse por lo que el problema de salud se considera, tal y como lo definió el equipo CESCA: "todo aquello que requiere o puede requerir una acción por parte del profesional de la salud (incluido el propio paciente)". De esta forma, cualquier desvío de la normalidad percibido por alguno de los implicados, cualquier aspiración de mejora por parte del paciente, deben ser tenidos en cuenta a la hora de iniciar un proceso en la mejora de la utilización de los medicamentos ⁵⁸.

8.2 COMUNICACIÓN ENTRE Q.F.B. Y EL PACIENTE

El médico es el profesional que se encarga de tratar la enfermedad. Para ello, diagnostica el problema, y después emite un pronóstico en el que valora su gravedad. Como consecuencia de este diagnóstico y pronóstico, diseña un plan terapéutico con el que se pretende conseguir unos objetivos en el paciente, los cuáles dependerán de las características tanto de éste como del problema ⁵⁹.

Por lo que el plan terapéutico para tratar una enfermedad puede tener uno o varios componentes, tales como la educación sanitaria, modificación de los hábitos higiénico - dietéticos del paciente, así mismo puede ser una estrategia quirúrgica y, como una de las más frecuentes, puede incluir medicamentos.

Es en el caso de la utilización de los medicamentos cuando el Q.F.B. puede colaborar en que se consiga lo perseguido por el médico, ya que en el caso de Estados Unidos la legislación vigente le obliga a realizar el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, y esto, según Faus y Martínez con dos objetivos ^{58,59}.

- Responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado por el médico que lo prescribió o el Q.F.B. que lo indicó.
- Estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen resolverlos entre los dos o con la ayuda del médico.

Queda claro, por una parte que el médico es el único profesional al que compete decidir si el problema que manifiesta un paciente debe ser tratado

mediante una estrategia farmacológica como es el diagnóstico y el pronóstico, ya que la decisión es consecuencia de dos actos específicamente.

Así pues, en caso de que una prescripción de medicamentos no consiguiera el efecto deseado, bien por una falta de efectividad, bien por inseguridad del tratamiento en el paciente, es el médico el que debe reconsiderar dicho plan, ya que la prescripción no es sino la última fase de un único proceso como es el tratamiento de la enfermedad, por lo que es el proceso diagnóstico - pronóstico - prescripción el que en alguna de sus fases debe ser revisado ⁵⁹.

8.3 PREMISAS BÁSICAS DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL Q.F.B. Y EL MÉDICO

La comunicación profesional entre el Q.F.B. y el médico ha de seguir una serie de premisas básicas a desarrollar, pero que en un principio deben ser mencionadas y aclaradas por ambos profesionales ⁸.

El paciente es el centro de actuación de todos los profesionales, debe ser parte activa del proceso, y la intervención será realizada con su consentimiento, es decir, debe haber sido elegida por él, como alternativa mejor y, como consecuencia actuar como emisor físico de la comunicación interprofesional Q.F.B. - médico ^{8,60}.

No debe suponer intromisión en el cometido de cada profesional. El Q.F.B. sólo intentará establecer una relación posible entre el problema de salud que sufre el paciente y sus medicamentos, siendo la resolución de dicho problema responsabilidad del médico teniendo en cuenta todas las variables que puedan incidir en el paciente, además de los medicamentos.

El Q.F.B. sólo intentará establecer una relación posible entre el problema de salud que sufre el paciente y sus medicamentos, siendo la resolución de dicho problema responsabilidad del médico teniendo en cuenta todas las variables que puedan incidir en el paciente, además de los medicamentos.

El médico de familia es el centro sobre el que giran los demás profesionales de la salud, el que recibe la información parcial de cada uno y toma las decisiones en el marco global del paciente ⁵⁹.

Estos puntos han de ser en beneficio del paciente, por lo que únicamente tendrá por objeto obtener mejoras tangibles en el uso de los medicamentos por parte de éste, abundando en que pueda acceder a medicamentos que necesite, evite los innecesarios y sean lo más efectivos y seguros posible.

Por otra parte uno de los factores esenciales para que el proceso de comunicación se desarrolle adecuadamente es que tanto emisor como receptor se encuentren en el entorno adecuado, o sea que su actuación tenga lugar en el sitio y el momento habitual en los que de modo corriente se realiza la intervención de cada uno de ellos ^{8,9}.

8.4 EL PACIENTE COMO EJE DE LA COMUNICACIÓN ENTRE EL Q.F.B. Y EL MÉDICO

Ya que se ha dado una razón favorable para la comunicación entre ambos profesionales a través del paciente, conviene seguir desarrollando la idea de participación de éste en el proceso.

Una segunda consideración sería meramente legal, ya que está protegido el derecho a la intimidad de las personas y de sus datos personales por lo que

no se puede transferir información alguna sin el consentimiento del paciente, so pena de infringir la ley ⁵⁹.

Pero quizás, la más importante de todas las consideraciones a tener en cuenta sea aquella de la que parte la esencia del seguimiento farmacoterapéutico, que es el acuerdo de paciente y Q.F.B. para trabajar juntos y mejorar la utilización de los medicamentos.

En este ámbito de acuerdo a la participación, salir de forma unilateral haría que en un plazo más o menos breve la relación se rompiera, por lo que el convencimiento y colaboración activa del paciente en el proceso, es absolutamente primordial y previo a cualquier actuación posterior.

Los modelos actuales de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes defienden la participación activa de estos en su salud. Rantucci distingue dos modelos de abordaje del paciente a los que denomina "*Modelo médico*" y "*Modelo de ayuda*" ^{59,60,61}.

El *modelo médico* corresponde a la manera tradicional de actuar del profesional con el paciente. Es un modelo en el que el paciente es pasivo, y la relación de confianza entre ambos se basa en la pericia del profesional, que es el que busca y soluciona los problemas. El paciente aparece dependiente de aquél, y la relación entre ambos es de padre e hijo.

Rantucci defiende el *modelo de ayuda*, en el que el paciente se siente implicado, desarrollándose la confianza basada en la relación personal. El profesional ayuda a estudiar el problema y a identificar soluciones, y el paciente adquiere confianza en sí mismo y forma parte activa para resolverlo. La relación en este modelo es de igualdad.

Este modelo se hace fundamental en la relación que entre el Q.F.B y el paciente se da en el seguimiento farmacoterapéutico, ya que es un trabajo conjunto en el tiempo, en el que se reconoce mutua competencia para resolver problemas.

La relación del Q.F.B. con el paciente debe ser de respeto y honestidad, enseñando caminos a recorrer y destacando especialmente los aspectos positivos, aunque también los riesgos, si bien el sentir el apoyo y la cercanía podrán minimizar estos al poder actuar de manera más ágil para reconducir el camino hacia otra estrategia ^{61,62}.

De alguna forma, es el paciente el que marca la oportunidad de comunicación con el médico. Al igual que en el caso anterior, y una vez expuestos los motivos que para el Q.F.B. pueden existir para valorar algún problema relacionado con la medicación, el paciente decidirá si aspira a tener un mejor uso de los medicamentos. Forzar situaciones, por muy claras que éstas sean, no da resultado a la larga. En este momento, el Q.F.B. debe explicarle al paciente en un lenguaje que éste entienda, que su problema puede estar relacionado con su medicación, que en ese momento ni aún en otro, debería suspenderla sin que se consulte antes con el médico, rara vez hay urgencias, y que dicho problema es bueno que lo valore éste, para ver si se necesita realizar alguna modificación o no, ya que el hecho de que se pueda sospechar la existencia del problema no tiene necesariamente que implicar que el medicamento posiblemente implicado tenga que suprimirse.

Lo que no se pretende con esto es presionar al médico con el paciente, sino que sienta éste la sensación de que quien le va a ayudar no es un profesional sino todo un equipo, que se ocupa de diversos aspectos o que ofrece distintas posibilidades para mejorar su salud ^{57,59}.

8.5 MODELOS DE COMUNICACIÓN ENTRE Q.F.B. Y EL MÉDICO

Una vez aclarado anteriormente que la comunicación con el médico siempre debe hacerse a través del paciente, tradicionalmente se han propuesto dos modelos previos a la hora de iniciar la relación profesional. Es evidente que iniciar una nueva faceta de actividad tal como es la de implicarse en los resultados de la farmacoterapia con los pacientes, y la consiguiente participación con el resto de profesionales puede generar extrañezas en estos. Ello ha hecho sentir la necesidad en muchos Q.F.B's de comunicar previamente sus intenciones, especialmente a médicos. Otros Q.F.B's sin embargo, han optado por transmitirlo a través de la práctica diaria, y que el médico conozca la nueva faceta de los Q.F.B's en directo, mediante la actuación misma ⁶⁰.

Una última razón para incidir en la pertinencia de este último modelo es que ninguna profesión debe pedir permiso para renovar su ejercicio a otra, sino por el contrario, su objetivo debe enfocarse hacia la oferta de resolución de una necesidad no cubierta hasta el momento. No hay profesión que consulte con otra para transmitirle lo que va a hacer a partir de un determinado momento. Su único compromiso es con la sociedad a la que sirve y en la que está inmersa y, en este caso, con los pacientes ^{60,61}.

8.6 EL INFORME VERBAL EN LA COMUNICACIÓN CON EL MÉDICO

El informe verbal al médico a través del paciente ha sido tradicionalmente utilizado, debido a que al momento de firmar un informe al médico, y a veces por falta de coordinación con el paciente, porque no llega a tiempo para el día de la cita ^{60,61}.

Debido a estas situaciones y para evitar que no se emitan informes por escrito por falta de tiempo, o por temor a redactarlo de alguna forma que pudiera no ser bien vista por el médico, se plantea la posibilidad de emplear un informe, para aquellos casos en los que el argumento utilizado no es necesario, o por lo menos tanto como en otras ocasiones, un modelo que se propone para este tipo de informes se presenta a continuación *Figura 7*:

Farmacia EL ROSARIO
Calle 1° DE Mayo, N° 2056

Fecha 31 de Octubre 2001
Dr. Virgilio Romero

PACIENTE: Alejandra Pérez

MEDICAMENTOS QUE TOMA: Bencilpenicilina procaínica con bencilpenicilina cristalina, Aspirinas.

MOTIVO DE DERIVACIÓN: Reacciones de hipersensibilidad, eritemas cutáneos, alteración de pruebas de laboratorio.

SOSPECHA DE RELACIÓN CON SUS MEDICAMENTOS: Paciente sensible a la penicilina.

Atentamente:

Lorena del Rocio Leyva Silva
Q.F.B. LORENA DEL ROCIO LEYVA SILVA

FIGURA 7
INFORME AL MÉDICO ¹⁰⁸

Anotar de acuerdo al criterio del Q.F.B. frases tales como:

- Necesidad de diagnóstico del problema.
- Justificar la medicación.
- Falta de respuesta del paciente al medicamento xxxxx.
- Dosis inferior a la que necesita (indicar causa posible)
- Dosis superior a la que necesita (indicar causa posible)
- Reacción adversa al medicamento xxxxx.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8.7 EL Q.F.B. PUEDE SUGERIR MEDICAMENTOS EN EL INFORME MÉDICO

Cuando el Q.F.B. emite un informe sobre un medicamento, el médico debe valorar la necesidad de continuar con dicho tratamiento, lo que *no debe ser enjuiciado por el Q.F.B.*⁵⁹

Sin embargo, esto no debe tomarse como norma general, pero podría darse la oportunidad de que los conocimientos del Q.F.B. ayuden al médico a seleccionar un medicamento más adecuado a ese paciente, por lo que no se debería rechazar tal circunstancia, reiterando lógicamente el juicio del médico de decidir lo que estime conveniente y sin juicio posterior del Q.F.B., únicamente desde los resultados tanto en efectividad como en seguridad

59,60

RECIBO DE
ALIANZA

COMENTARIOS

HAY HOMBRES QUE LUCHAN UN DÍA Y SON BUENOS. HAY OTROS QUE LUCHAN UN AÑO Y SON MEJORES. HAY QUIENES LUCHAN MUCHOS AÑOS Y SON MUY BUENOS. PERO HAY LOS QUE LUCHAN TODA LA VIDA: ESOS SON LOS IMPRESCINDIBLES

BERTOLT BRECHT BV.

Durante las últimas décadas los profesionales de la salud han tenido un objetivo común debido a que los servicios tradicionales para las enfermedades son limitadas, ese objetivo es la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud o bienestar, por lo que hoy en día existe la necesidad de que un profesional de la salud, como es el caso del Q.F.B. que asuma la responsabilidad de un uso racional, eficaz, seguro y cómodo del tratamiento farmacológico.

Es muy importante que por medio de este trabajo se logren identificar todas las actividades que el Q.F.B. puede realizar en esta nueva práctica profesional para la atención farmacéutica y a su vez se detecten los posibles problemas que pudieran surgir durante el tratamiento farmacológico. Para ello, el Q.F.B. tiene necesariamente que entrevistar al paciente, y registrar sus problemas de salud, para que se pueda establecer la correspondencia entre el medicamento y la indicación terapéutica.

Por lo que la atención farmacéutica, esta dirigida al paciente, a su entorno y a sus estado de bienestar, sin embargo, queda mucho trabajo por hacer en términos de definir específicamente el papel de la farmacia en la salud pública y la necesidad de que exista un Q.F.B. en la misma, así como el reconocimiento de niveles de actividades que este puede desempeñar en la atención farmacéutica para el beneficio del paciente.

Por lo que es importante estar conscientes de que todos aquellos que intervienen en la atención farmacéutica deben afrontar el proceso de aprendizaje de manera abierta y como compañeros en esta misión de transformación. Se debe considerar que el contenido de los objetivos que se plantean a lo largo de estos programas debe de estar determinados en función a los problemas relacionados con la medicación y las necesidades frecuentes de los individuos de la comunidad, dentro de un enfoque

educativo, personalizado, activo y basado en los principios éticos de esta profesión.

Es importante mencionar que la atención farmacéutica esta encaminada a obtener resultados relacionados con la cura o prevención de una enfermedad, eliminación o reducción de los síntomas de un paciente, detener o demorar el proceso de una enfermedad, por lo que puede ser una herramienta que el Q.F.B. utilice para ayudar a que funcione el tratamiento farmacológico de los pacientes. La atención farmacéutica incluye todos los procesos por medio de los cuales los Q.F.B's en cooperación con los pacientes y otros profesionales de la salud puedan planear, implementar y controlar mediante un plan terapéutico, con el propósito de aumentar la calidad de vida de un paciente.

En México se requiere de un Q.F.B. que acepte la responsabilidad no simplemente de la provisión o el control de medicamentos sino en sociedad con otros profesionales de la salud, de los efectos globales del proceso terapéutico. Por lo que la atención farmacéutica representa una modalidad de práctica en la farmacia en la cual el Q.F.B. tiene un papel activo en pro de los pacientes, asistiendo a los que recetan en la elección de los medicamentos apropiados, efectuando la distribución de medicamentos a los pacientes y asumiendo responsabilidades directas en colaboración con otros profesionales de la salud y con los pacientes para alcanzar los resultados terapéuticos deseados.

Por lo que esta propuesta de la tarea profesional que puede desarrollar el Q.F.B. puede elevar el nivel de atención que se les pueda brindar a los pacientes que quieran intervenir en estos programas, así como sugerir nuevas propuestas las cuales podrán ayudar a dar una mejor solución a los problemas comunes subiendo el grado de dificultad que se vaya presentando

con las terapias farmacológicas de los mismos, esta propuesta que se hace es para iniciar una nueva forma de trabajo donde el Q.F.B. puede ser más participativo junto con los profesionales de la salud para lograr los resultados que se esperarían con este nuevo programa de atención farmacéutica, abriendo de esta manera más áreas de trabajo donde el Q.F.B. puede participar, sin tomar el lugar de otro profesional, sino trabajando en conjunto y en igualdad con los demás profesionales de la salud.

Por lo tanto, el más adecuado para realizar este control de la farmacoterapia es el Q.F.B.: *del Hospital* mientras este internado el paciente y el *Comunitario* durante el resto de su vida. Las razones de la idoneidad del Q.F.B. son en primer lugar sus conocimientos, ya que son los expertos en medicamentos que la Universidad forma, en segundo lugar su gran accesibilidad para los pacientes y en tercer lugar su actual desaprovechamiento profesional.

Todo este proceso encaminado a que los medicamentos alcancen los objetivos terapéuticos, que el médico persigue al prescribirlos o el Q.F.B. al indicarlos, por lo que esto constituye un nuevo concepto de práctica sanitaria, denominado en países como Estados Unidos: *pharmaceutical care* y en España: *atención farmacéutica* y cuyo objetivo final es prevenir la morbilidad y la mortalidad debida a medicamentos, a través de una práctica profesional dirigida a asegurar una farmacoterapia apropiada, segura y efectiva para todos los pacientes, pero si antes de emprender la farmacoterapia no se fijan metas y objetivos que puedan valorarse de forma objetiva, es probable que esta sea ineficaz y que se prolongue más de lo necesario o en el peor de los casos que surjan reacciones adversas.

Por lo que el Q.F.B. por su formación y por su situación en la comunidad reúne condiciones particulares que favorece el poder de asumir los retos

sociales y colaborar, de esta forma, en el desarrollo social de las comunidades donde puede participar de forma activa con los pacientes y todas aquellas personas que se acerquen y quieran participar en los programas de atención farmacéutica:

- Convenciendo al paciente de que la farmacia les ofrecerá un nuevo servicio sanitario que mejore su calidad de vida.
- Convenciendo al médico de que la colaboración entre médico - y el Q.F.B es positiva para evitar muchos PRM.
- Convenciendo a sus colegas de que la atención farmacéutica es una realidad ahora, la cual hará posible dialogar con las autoridades sanitarias para que conozcan las ventajas sanitarias y económicas que se aportan desde la farmacia.
- Convencerse uno mismos de que, si bien en una primera etapa se debe emplear más tiempo y ese tiempo es dinero, ésta será una buena inversión que se favorecerá en un futuro.

Así mismo, es necesario estar conscientes de lo importante que es mantener una relación y comunicación afectiva con todo el personal al cuidado de la salud, prestando y ofertando la colaboración en aquellas situaciones en las que puede ser de utilidad el conocimiento de los Q.F.B's. Por lo que se debe tener el interés suficiente de participar activamente en esta nueva propuesta. Por lo que deberán desarrollar en todo momento una actitud participativa y un interés de integración en las estructuras científicas y profesionales.

Para recoger, primero hay que sembrar

CONCLUSIONES

HAY ESTUDIANTES QUE NO APRENDEN A
DISTINGUIR LO QUE ES IMPORTANTE SINO
HASTA MUCHO DESPUÉS DE HABER DEJADO
LA ESCUELA.

Thomas Sowell

- De acuerdo en los objetivos planteados es necesario darse cuenta que el Químico Farmacéutico Biólogo juega un papel muy importante dentro de la atención farmacéutica, ya que esta nueva cultura de trabajo requiere de un profesional de la salud capaz de asumir la responsabilidad de un uso racional, eficaz y seguro de los medicamentos y de darle el seguimiento adecuado al tratamiento farmacológico del paciente.
- El Químico Farmacéutico Biólogo por los conocimientos adquiridos a lo largo de su desarrollo académico, así como sus actitudes y aptitudes, es capaz de desarrollar todas las actividades profesionales que se requieren para desarrollar la atención farmacéutica, ya sea en la farmacia comunitaria o en la farmacia hospitalaria.
- El Químico Farmacéutico Biólogo junto con el médico y con otros profesionales de la salud, son capaces de desarrollar tratamientos farmacológicos que resulten adecuados para mejorar la calidad de vida del paciente.

GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

EL ÉXITO ES ESE VIEJO TRÍO: HABILIDAD,
OPORTUNIDAD Y VALENTÍA.

CHARLES LUCKMAN

1. AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE: práctica en la que se puede llevar a cabo la automedicación de una manera *responsable y segura*, con la ayuda de un Profesional de la salud, el cual debe estar capacitado para brindarnos la orientación necesaria.
2. CONSECUCIÓN: Acción o efecto de conseguir.
3. DERECHOS DE LOS PACIENTES: todo paciente debe ser informado sobre su estado de salud, su tratamiento, alternativas a ese tratamiento y sus posibles efectos.
4. DOCENCIA: acción de transmitir conocimientos, actitudes y habilidades.
5. FARMACIA: es el arte y la ciencia de preparar y dispensar medicamentos, la provisión de medicamentos y la información relacionada para el público.
6. FARMACOTERAPIA: Tratamiento de las enfermedades por medio de medicamentos específicos.
7. FISIOPATOLOGÍA: Rama de la Patología que estudia las alteraciones funcionales del organismo entero o de alguna de sus partes.
8. MORBILIDAD: Porcentaje de personas que enferman en una población y tiempo determinado.
9. MORTALIDAD: Relación entre el número de individuos de una población de muertos en un número de años determinados y el número total de individuos.

10. OFICINA DE FARMACIA: en España se le conoce como oficina de farmacia, a la ubicación física donde se encuentra el farmacéutico desarrollando las actividades propias de la atención farmacéutica.
11. PATOLOGÍA: Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo.
12. PROBLEMA DE SALUD: es todo aquello que requiere (o puede requerir) una acción por parte del agente de salud (incluido el paciente); cualquier queja, observación o hecho que un agente de salud percibe una desviación de la normalidad ²².
13. PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTOS (PRM): es todo problema de salud que sucede (PRM manifestado) o es probable que suceda (PRM no manifestado) en un paciente y que está relacionado con sus medicamentos ²².
14. Q.F.B.: Es aquel que es educado y autorizado para dispensar medicamentos y proporcionar información sobre los mismos, es un experto en fármacos. Es el miembro más accesible del equipo de atención farmacéutica de hoy en día y, a menudo, la primera fuente de asistencia y sugerencia en cuanto a muchas dolencias comunes y temas de atención farmacéutica ^{60,61}.

ABREVIATURAS

1. A.F: Atención farmacéutica
2. ASHP: Sociedad Americana de Farmacéuticos Hospitalarios = American Society of Hospital Pharmacist.
3. CPHC: Comprehensive Pharmaceutical Care
4. OMS: Organización Mundial de la Salud
5. PAPAF: Programa individual de Atención farmacéutica para cada Paciente
6. PRM: Problemas Relacionados con Medicamentos
7. TOM: Therapeutics Outcomes Monitoring

ANEXOS

EL CONOCIMIENTO NOS HACE
RESPONSABLES

EL CHE' GUEVARA

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS IMPRESOS

Los anexos que se muestran a continuación son una propuesta para llevar a cabo la atención farmacéutica de un modo sistemático y de manera ordenada con la cual podamos dar un seguimiento correcto a las terapias farmacológicas y podamos abrir un expediente del paciente en la oficina de farmacia, de esta manera se podrá realizar un estudio más profundo y obtener mejores resultados para ir mejorando día con día la atención al paciente.

Para llevar estos formatos de una manera adecuada es necesario que conozcamos los siguientes puntos.

- ♦ *La Historia Farmacoterapéutica (Anexo 1)*

El número del paciente está formado por el número de la farmacia, a continuación el número interno de paciente dentro de cada farmacia, con cinco dígitos (por ejemplo paciente número 00062), es decir (0236/00062).

- ♦ *Primera Visita (Anexo2)*

PREOCUPACIONES DE SALUD

Pregunta abierta. Después de saludarle, se le pide al paciente que hable de lo que le preocupa de su salud y de sus medicamentos. Es aconsejable anotar la información que va aportar el paciente en una hoja en blanco (los cuestionarios o el ordenador constituyen barreras para conseguir una buena comunicación).

No debe interrumpirse, lo que no quiere decir que no deba reconducirse, si es necesario en un momento determinado, hacia los problemas de salud y los medicamentos. Por lo tanto no debe preguntarse nada, pues se podría

distraer la atención del paciente sobre sus verdaderas preocupaciones. Si fuera necesario profundizar en algún aspecto concreto, se utilizará la tercera fase de la Visita (el Repaso) para detenerse donde sea preciso y hacerlo. El paciente sólo hablará en esta primera fase de la entrevista, de los problemas de salud que le preocupan más. Los demás problemas de salud que el paciente pueda presentar se obtendrán de la segunda fase (Bolsa con medicamentos) o de la tercera (Repaso). Los problemas de salud descritos por el paciente deben anotarse preferentemente con el lenguaje utilizado por el mismo, anotando si le preocupan bastante (B), regular (R) o poco (P).

→ **BOLSA CON MEDICAMENTOS** (Anexo 3)

El objetivo es obtener toda la información posible de cada uno de los medicamentos, uno a uno y con ellos en la mano. Es necesario que el paciente responda a cada una de las preguntas cerradas, y una vez respondidas todas, el Q.F.B. debe calificar de: bien (B), regular (R) o mal (M), el cumplimiento y el conocimiento del medicamento por parte del paciente; si no es así, se tendrá que efectuar alguna otra pregunta complementaria. Se considera que el paciente toma un medicamento, cuando lo hace de forma continua, discontinua o esporádica, y que no lo toma cuando ya no lo toma, en cuyo caso sólo se le harán las preguntas 1, 3, 4 y 10.

La pregunta 7 (¿cómo lo toma?) se hace para averiguar si lo toma antes, durante o después de las comidas, si lo hace con agua o leche, etc.

Se aprovechará esta fase de la visita para desechar (con la suficiente información al paciente) los medicamentos caducados o que por precisar de prescripción médica no se deban mantener en el botiquín.

En esta fase no se debe emitir ningún juicio de valor referente a la farmacoterapia, puesto que sería necesario para ello estudiar a fondo toda la medicación en el paciente.

↳ *REPASO (Anexo 4)*

El Repaso se iniciará con una frase en que se le dice al paciente que ya ha terminado la entrevista, pero que vamos a proceder a un repaso rápido por si hemos olvidado algo, enumerando a continuación de forma rápida todo el listado (siempre preguntando: "¿toma algún medicamento para ...?") y deteniéndose sólo en los apartados en que sea preciso hacerlo, para conseguir todos los objetivos.

↳ *OTROS DATOS DEL PACIENTE (Anexo 5)*

Se anotarán los datos del paciente que el Q.F.B considere más relevantes. Este apartado podrá ir completándose en las sucesivas visitas.

Se tomará al menos el número de teléfono, imprescindible para concretar una cita o para preguntarle algo, que consideremos importante a la hora de hacer la evaluación y que olvidamos preguntarle en la primera visita

↳ *ESTADO DE SITUACIÓN (Anexo 6)*

El objetivo que perseguimos con esta fase, es el de disponer de forma resumida de la información más relevante obtenida en la primera visita, de forma que sea más fácil estudiar con este impreso los medicamentos (utilizados o por utilizar), frente a los problemas de salud del paciente.

También se anotarán aquí, como veremos más adelante, los nuevos medicamentos y los nuevos problemas de salud que surjan en visitas posteriores para volver a hacer un nuevo estudio y evaluación.

♦ **EVALUACIÓN GLOBAL, SOSPECHAS DE PRM (Anexo 7)**

Después del estudio de cada medicamento y/o problema de salud, se procede a clasificar las sospechas de PRM actuales, pensando en las condiciones de Necesidad, Efectividad y Seguridad.

En el futuro, se irán añadiendo con su ficha correspondiente las nuevas sospechas de PRM que surjan como consecuencia de nuevas situaciones en el paciente.

Una vez rellenado este impreso, se priorizan las actuaciones para conseguir resolver los PRM identificados, de forma que es preferible comenzar con uno solo de ellos, (que no tiene por qué ser ni el más importante ni el más urgente, sino el más próximo a cumplirse por parte del paciente, y que lógicamente tendrá que ser de entre los que más le preocupan, el que tenga más fácil solución, dejando para más adelante, cuando ya exista una confianza mayor, otros problemas de más compleja resolución). A continuación se cita al paciente para una fecha determinada (que debe pasarse a agenda), para comentarle el problema y su posible solución.

♦ **VISITAS (Anexo 8)**

El impreso de visitas consiste en una tabla en la que se utiliza cada columna (vertical) para un problema de salud de los detectados en el paciente, y en cada fila (horizontal) el resumen de la visita, poniendo la fecha en la primera

casilla. Si en una visita no se trata alguno de los problemas de salud, su casilla se dejará en blanco.

El resumen que se anotará en el impreso de visitas será con los datos más relevantes de cada una de ellas. Finalmente, habrá que anotar los minutos aproximados que ha durado cada visita.

↓ *INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA (Anexo 9)*

Se rellenará una hoja de Intervención sólo cuando se haya pactado con el paciente un modo de solucionarlo. La fecha de este pacto se considerará como fecha a escribir en la hoja de intervención

La hoja de Intervención se identificará con el número del paciente Se escribirá el número del tipo de PRM objeto de Intervención. Se escribirá la palabra "manifestado" o "no".

Se escribirá completo el nombre que identifica unívocamente a la especialidad farmacéutica. Esto sirve también para los PRM tipo 1, en donde habrá que decir cual es el medicamento que se prescribió o indicó para tratar de resolver el PRM.

ANEXO 1

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

DEL

PACIENTE NÚMERO: /

NOMBRE:

FECHA:

ANEXO 2**PRIMERA VISITA**

Número de paciente: /

PREOCUPACIONES

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

ANEXO 3

BOLSA CON MEDICAMENTOS

Nombre 1:	CUMPLE: M,R,B	LO CONOCE: M,R,B
1.¿lo toma?	6.¿cuánto?	
2.¿quién lo recetó?	7.¿cómo?	
3.¿para qué?	8.¿hasta cuando?	
4.¿cómo le va?	9.¿dificultad?	
5.¿desde cuando	10.¿algo extraño?	

Nombre 2:	CUMPLE: M,R,B	LO CONOCE: M,R,B
1.¿lo toma?	6.¿cuánto?	
2.¿quién lo recetó?	7.¿cómo?	
3.¿para qué?	8.¿hasta cuando?	
4.¿cómo le va?	9.¿dificultad?	
5.¿desde cuando	10.¿algo extraño?	

Nombre 3:	CUMPLE: M,R,B	LO CONOCE: M,R,B
1.¿lo toma?	6.¿cuánto?	
2.¿quién lo recetó?	7.¿cómo?	
3.¿para qué?	8.¿hasta cuando?	
4.¿cómo le va?	9.¿dificultad?	
5.¿desde cuando	10.¿algo extraño?	

Nombre 4:	CUMPLE: M,R,B	LO CONOCE: M,R,B
1.¿lo toma?	6.¿cuánto?	
2.¿quién lo recetó?	7.¿cómo?	
3.¿para qué?	8.¿hasta cuando?	
4.¿cómo le va?	9.¿dificultad?	
5.¿desde cuando	10.¿algo extraño?	

MEDICACIÓN ANTERIOR

Nombre 1:	
1.¿lo toma?	4.¿cómo le va?
3.¿para qué?	10.¿algo extraño?

Nombre 2:	
1.¿lo toma?	4.¿cómo le va?
3.¿para qué?	10.¿algo extraño?

Nombre 3:	
1.¿lo toma?	4.¿cómo le va?
3.¿para qué?	10.¿algo extraño?

Nombre 4:	
1.¿lo toma?	4.¿cómo le va?
3.¿para qué?	10.¿algo extraño?

ANEXO 4**REPASO**

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- PSICOLÓGICO (depresiones, epilepsia...):
- PARÁMETROS ANORMALES (T^a, PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- OTROS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O RAM:**
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

ANEXO 6

ESTADO DE SITUACIÓN (Medicamentos)

Paciente nº : /

Fecha Inicio	Fecha Fin	Especialidad	Principio Activo	Día X/X/X	Cumpl. B,R,M	Conoc. B,R,M
		1.				
		2.				
		3.				
		4.				
		5.				
		6.				
		7.				
		8.				
		9.				
		10.				
		11.				
		12.				
		13.				
		14.				
		15.				
		16.				
		17.				
		18.				
		19.				
		20.				

B = bien R = regular M = mal

ESTADO DE SITUACIÓN (Problemas de Salud del Paciente)

Fecha Inicio	Problema de Salud Describir	Preoc. P,R,Mucho	Fecha fin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

B = bien

R = regular

M = mal

ANEXO 8

Paciente nº : /

VISITAS

Fecha	P. Salud					
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ANEXO 9

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

Paciente nº : / Fecha:

PRM tipo:
 Manifestado o No manifestado:
 Medicamento/s:
 Problema de Salud:

DESCRIPCIÓN DEL PRM (empezar con Necesidad - o no -, Inefectividad o Inseguridad).

CAUSA:

1. Interacción
2. Incumplimiento
3. Duplicidad
4. Ninguna de las anteriores.

QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

VÍA DE COMUNICACIÓN:

1. Verbal Q.F.B. - paciente
2. Escrita Q.F.B. - paciente
3. Verbal Q.F.B. - paciente - médico
4. Escrita Q.F.B. - paciente - médico

RESULTADO:

	P. Salud Resuelto	P. Salud No resuelto
Intervención Aceptada		
Intervención No aceptada		

¿QUÉ OCURRIÓ?

Nº MEDICAMENTOS QUE ESTABA TOMANDO (a la fecha de la intervención):

Nº VISITAS ANTERIORES A LA RESOLUCIÓN:

ANEXO 10

ETIQUETAS AUTOADHERIBLES

La etiqueta que se menciona en este apartado, es una propuesta para facilitar el cumplimiento de la posología y el tratamiento. Con este se pretende ayudar al paciente a que observe la posología prescrita y el tratamiento fijado por el médico.

Esta etiqueta tiene impreso los dibujos de desayuno, comida y cena para indicar al paciente la hora de administración de su medicamento, en la parte inferior del dibujo se marcará el número de comprimidos, cápsulas, gotas, etc. que el paciente debe tomar cada hora. En la derecha se indicará cuando comienza y cuando acaba su tratamiento.

			INICIO
			FIN

ETIQUETA AUTOADHERIBLE PARA FACILITAR EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

REFERENCIAS

TEJIS CON
FALSA S. ORIGEN

LA VERDADERA EDUCACIÓN CONSISTE EN SACAR
A LUZ LO MEJOR DE UNA PERSONA

GANDHI.

1. Hepler CD. Farmacia Hospitalaria 2ª. Editorial Médica Internacional S.A. España 1992; 256 - 300.
2. Cortes Españolas del Medicamento. Ley 25/1190. 20 de diciembre. BOE 1990; (306): 38228-38426.
3. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. New York: McGraw-Hill; 1998.
4. Manasse HR. Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an Issue of public policy, part 2. Am J Hosp Pharm 1989; 46: 1121-1152.
5. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. Arch Intern Med 1995; 155: 1949-1956.
6. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality and the economic impact of Pharmaceutical Care. Am J Health Syst Pharm 1997; 54: 554-558.
7. Strand LM, Cipolle RY, Morley PC. Drug-related problems: their structure and function. Ann Pharmacother 1990; 24: 1093-1097.
8. Faus, Mª J., Martínez F. La Atención farmacéutica en Farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha., (Pharmaceutical Care España 1999;1:52-61)
9. Gennaro, A. Remington's Pharmaceutical. The Science and Practice of Pharmacy. Mack Publishing Company. 20th Edition 2000. E - Aston, Pensylvania 18042. Cap. 1,2, 3, 4, 93, 103

10. Gurovich FV. El Papel del Q.F.B. en el Sistema de Atención de Salud. (enFarma Vol. 2 No. 1 Año 2001; 40-41)
11. Martínez A.M. Pharmaceutical Care: The Future for Community Pharmacy (Report of the Joint Working Party on the Future Role of the Community Pharmaceutical Services). The Royal Pharmaceutical Society, London. Año 1999; 1 - 15.
12. Vidal M^a C. (La Revista OFIL. Órgano Internacional de Expresión de la Organización de Q.F.B.s Ibero Latinoamericanos. Vol. 9, 2^a Época. Año 1999; 22-32). El desarrollo y Planificación de la Atención farmacéutica en España.
13. Maguire T. Ponencia presentada al 57 Congreso de la FIP Comentario en: Q.F.B.s 1997; 211: 76-77..
14. Kennie NR, Schuster BG, Einarson TR. Critical analysis of the pharmaceutical care research literature. Ann Pharmacother 1998; 32: 17-26.
15. Gisbert R y Illa R. La retribución a la Atención farmacéutica II. El Q.F.B. 1997; 182: 74-80.
16. Fernández-Llimós F. Información de medicamentos para la Atención farmacéutica: análisis de las monografías proporcionadas por la industria (tesina de licenciatura). Santiago de Compostela: U. de Santiago de Compostela 1997; 25 - 50.
17. Linaza I, Guanechea JL, Gorostiza I. Situación de la Atención farmacéutica en España y estrategias para su implantación. En: Faus MJ, Martínez F, eds. Curso Postgrado de Atención farmacéutica, Unidad I. Valencia: General Asde; 1997. 45-60.

18. Strand LM. American Pharmaceutical Association. Principles of Practice for Pharmaceutical Care. Washington; APhA 1995; 1 - 15.
19. Cancrinus AM, Lindenberg SM, Bakker A, Groenewegen PP. The quality of the professional practice of community pharmacists: what can still be improved in Europe? Pharm World Sci 1996; 18: 217-228.
20. Heppler CD. American Pharmaceutical Association. An APhA white paper on the role of the pharmacist in comprehensive medication use management the delivery of pharmaceutical care. Washington DC: APhA, 1992; 100 -116.
21. Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. Ars Pharm 2000; 41: 137-143.
22. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. El ejercicio de la Atención farmacéutica. Madrid McGraw-Hill Interamericana 1999 - 2000; 258 - 350.
23. Fernández F, Martínez F, Faus MJ. Problemas relacionados con la medicación. Conceptos y sistemática de clasificación. Pharm Care Esp 1999; 1: 279-288.
24. Díez MV. Clasificación de problemas relacionados con la medicación según el Consenso de Granada. Sugerencia de definición para el PRM 3. Pharm Care Esp 2000; 2: 139-140.
25. Gastelurrutia MA, Soto E. Pharmaceutical care: ¿Atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos?. Pharm Care Esp 1999; 1: 323-328.
26. Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, McDonough RP, Sobotka JL. A Practical guide to Pharmaceutical Care. Washington DC: APhA, 1998; 24 - 35.

27. Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the pharmaceutical Care Project in Minnesota. *Am Pharm* 1995; NS35(4): 30-39.
28. Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica* 2000; 41: 137-143.
29. Fernández F. El valor añadido: Otra vía hacia la Atención farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1997; 11(10): 12-16.
30. Manasse HR. Medication use in an imperfect world. Drug misadventuring as an issue of public policy. Part 2. *Am J Hosp Pharm* 1989; 46: 1141-1152. Minnesota. *Am Pharm* 1995; NS35(4): 30-39.
31. Gascón MP. Asesoría de Salud: Actividad Imprescindible en la gestión de la Farmacia actual. *El Q.F.B.* 1995 (152:61-62).
32. Benet B. Proyecto Antefarma del Colegio de Q.F.B.s de Barcelona 1997; (extra octubre): 18-26
33. Fernández MC, Fresno MJ. Normas de Buena Práctica Farmacéutica. Una herramienta de la Atención farmacéutica. *Farmacia Profesional* 1996; (octubre: 52-56)
34. Wagner C., Peña A. (La Revista OFIL. Órgano Internacional de Expresión de la Organización de Q.F.B.s Ibero Latinoamericanos. Vol. 8, 2ª Época. Año 1998; 32-37). Optimización de la Atención farmacéutica desde la Intermediación.
35. Strand LM. Panorama Actual del Medicamento 2000, Vol.24, nº 237.

36. Smith MC: Pharmacy worlds. In Wertheimer AI, Smith MC: Pharmacy Practice: Social and Behavioral Aspects. 2nd ed, Univ. Park Press, Baltimore, 305, 1981.
37. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. El ejercicio de la Atención farmacéutica. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana, 2000: 356 – 400.
38. Faus M.J., Martínez F., Fernández F. Programa DÁDER de Implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico; 2000: 148 – 163.
39. Martínez F. Motivación propia y del equipo de la farmacia para hacer Atención farmacéutica. En: Faus MJ, Martínez F, eds. Curso Postgrado de Atención farmacéutica, Unidad I. Valencia: General Asde; 1997. 61-69.
40. Aguiló MC. El desafío de hacernos imprescindibles. Farmacia Profesional 1997; 11: 102-104.
41. Linaza I, Guanechea JL, Gorostiza I. Situación de la Atención farmacéutica en España y estrategias para su implantación. En: Faus MJ, Martínez F, eds. Curso Postgrado de Atención farmacéutica, Unidad I. Valencia: General Asde; 1997. 45-60.
42. Iñesta A. Boletín de Atención farmacéutica 1998; 3: 1.
43. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc (Wash) 2001;41(2): 192-199.
44. Sanz B. Donaciones de medicamentos a países en vía de desarrollo. Rev Farmacia COF Alicante 2001;32:32-33.
45. Silcock J., Economic evaluation of pharmacy services: fact or fiction? Pharm World Sci 1999;21(4):147-151.

46. Kassam R, Farris KB, Burbach L, Volum CI, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical Care Research and Education Project (PREP): pharmacists' interventions. *J Am Pharm Assoc* 2001;41(3):401-410.
47. Volume CI, Farris KB, Kassam R, Cox CE, Cave A. Pharmaceutical Care Research and Education Project (PREP): patient outcomes. *J Am Pharm Assoc* 2001;41(3):411-420.
48. Hepler CD. Regulating for outcomes as a systems response to the problem of drug-related morbidity. *J Am Pharm Assoc* 2001;41(1):108-115.
49. Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: Evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1999;33: 1336-1355.
50. Pickard AS, Jonson JA, Farris KB. The impact of pharmacist interventions on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 1999;33: 1167-1172.
51. Tully MP, Cestón EM. Impact of pharmacists providing a prescription review and monitoring service in ambulatory care or community practice. *Ann Pharmacother* 2000; 34: 1320-1331. (<http://www.theannals.com/>)
52. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47: 533-543.
53. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999;1(1):35-47.
54. Hepler CD. Práctica y formación Farmacéutica para el 2010. *Farm Clin* 1997;14(1):127-146.

55. Kennie NR, Schuster BG, Einarson TR. Critical analysis of the pharmaceutical care research literature. Ann Pharmacother 1998;32:17-26.
56. Machuca M. Influencia de la intervención Farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos [tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. 2000.
57. Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Informe Farmacéutico - Médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp 2000; 2: 358-363.
58. Al- Shammari SA, Khoja T, Al- Yamani MJMS. Compliance with short-term antibiotic therapy among patients attending primary health centres in Riyadh, Saudi Arabia. J Roy Soc Health 1995; 115 (4): 124- 128.
59. Rantucci MJ. Guía de consejo del Farmacéutico al Paciente. Barcelona. Masson - Williams & Wilkins 1998; 125 - 136.
60. Strand LM. Accredited Profesional Programs of Colleges and Schools of Pharmacy, ACPE, Chicago, Julio 1993; 98 - 110.
61. Hepler CD. A Half Century of Services to Pharmacy 942 - 1992, AF-PE North Plainfield, New Jersey, 1992.
62. Enciclopedia Multimedia SALVAT 2000.
63. Faus MJ. OPS. Manual para la Administración de Farmacias Hospitalarias. "Guía para evaluar la bibliografía sobre medicamentos", 1989; 259 - 300.
64. Matas A. "Estado actual de las fuentes de información de medicamentos: la llegada del CD-ROM". Farm. Hosp, 16, 2, 1992:77-80.

65. Hepler CD. ASHP Guidelines on the Provision of Medication Information by Pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm*, 53, 15, 1996: 1843-5.
66. Naylor CD et al, Users' Guides to The Medical Literature, XI How to use an article about a clinical utilization review. *JAMA* 1996; 275:1435-1439.
67. Alfonso MT. El ejercicio de la Atención farmacéutica. *Boletín REAP* 2000;II (11).
68. Cipolle R.I., Strand L.M. El ejercicio de la Atención farmacéutica dentro de las Oficinas de Farmacia. Madrid: McGraw - Hill, Interamericana, 2000: 25 - 80.
69. Peña C. Marco del XIV Congreso Farmacéutico de Buenos Aires. Abril 2000. ATENCIÓN FARMACÉUTICA DESDE LA OFICINA DE FARMACIA. *Boletín Informativo*.
70. Smith MC: Pharmacy worlds. In Wertheimer AI, Smith MC. *Pharmacy Practice: Social and Behavioral Aspects*. 2nd ed. Univeristy Park Press, Baltimore, 305, 1981.
71. Veatch RM: A theory of Medical Ethics, Basic Books, New York, I, 1981: 36 - 55.
72. Carr - Saunders AM, Wilson PA: *The Professions*, Oxford Univ Press, Oxford, 141, 1933.

73. Hepler CD. Pharmacist for the Future: The report of the Study Commission on Pharmacy, Health Admin Press, Ann Arbor MI, 58, 1975.
74. Buerki RA. The challenge of Ethics in Pharmacy Practice, AIHP, Madison, WI, 1985.
75. Hepler CD: Am J Hosp Phar 42: 1298, 1985.
76. Hepler CD: Am J Pharm Educ 51: 375, 1987.
77. Bulloch VL: The Development of Medicine as a Profession, Hafner, New York, 1, 1966.
78. Hepler CD. Report of the Medical Disciplinary Committee to the Board of Trustees, AMA, Chicago, 52, 1961.
79. Almirall B. Montesarrat: Nuevas Herramientas en Atención farmacéutica (I), España 1999.
80. Hepler CD., Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp. Pharm. 1990; 47:533 - 543.
81. Rubio J. Manual de la nueva Farmacia en Madrid: Día de Santos, 1999.
82. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamnsam GD. Drug - related problems: their structure and Fuction. Ann Pharmacother 1990; 24: 1.093 - 1.097.
83. Faus MJ, Martínez F. Pharmaceutical Care España 1999; 1 (1): 52 - 61.

84. Durán I, Faus MJ, Martínez F. Pharmaceutical Care España 1999; 1 (1): 1 - 19.
85. Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Farmacéuticos 1999; 228:30.
86. Smith D.L. Farmacéuticos, consumidores y educación sanitaria sobre medicamentos. En Educación Sanitaria sobre Medicamentos. Ponencia del 1er. Seminario European Society of Clinical Pharmacy. Madrid 1990.
87. Greene W.H., Simons - Morton B.G. Educación para la Salud. Ed. Interamericana. 1ª. Edición Española México 1988; 115 - 174.
88. Lude I. Educación sobre medicamentos en el contexto de la educación sanitaria en general. En Educación Sanitaria sobre Medicamentos. Ponencia del 1er. Seminario European Society of Clinical Pharmacy. Madrid 1990.
89. Rochon A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Masson, s.a. ed. Barcelona 1991.
90. Vuori H. El modelo médico y los objetivos de la educación para la Salud. En: tendencias actuales en Educación Sanitaria. Ed. C.A.P.S. Barcelona 1987; 23 - 33.
91. Durán J., Figueroa J.: Cumplimiento de la Medicación, características, factores que lo determinan t recomendaciones para manejarlo. Medicina Clínica (Barc.) 1988; 90: 338 - 343.
92. Sagalés M., Pardo C., Mas M.P.: Cumplimiento del Tratamiento Farmacoterapéutico. Farmacia Clínica 1990; 5: 415 - 421.

93. Serra J.: Experiencia Clínica en Oficina de farmacia. Comunicación al 12 Simposium Europeo de Farmacia Clínica. Barcelona 1983.
94. Llavona A.M., Dago A.M., Zardain E.: Automedicación en Oficina de farmacia en Asturias. *El farmacéutico* 1988; 59: 75 - 88.
95. Herreros de Tejada A. Y cols: Programa de Medicamentos para un Área de Salud. *Farmacia Clínica* 1988; 5(3): 216 - 219.
96. Ribas J. Y cols.: Información al Paciente: Nueva Orientación. *Farmacia Clínica* 1988; 5(1): 42 - 49.
97. Solemon D.K. Rol del Farmacéutico Clínico (Atención Hospitalaria) en educación sanitaria sobre medicamentos en: *Educación Sanitaria sobre medicamentos. Ponencias del Primer Seminario. European Society of Clinical Pharmacy. Madrid 1990.*
98. Bonal J., Altimiras J., Bartoll P.: Valoración de la aceptación de un folleto de información de medicamentos al Paciente. *Revista de la AEFH* 1981; 5:11.
99. Ribas J. Y cols: Debe informarse al Paciente. *El Farmacéutico* 1990; 86:52 - 55.
100. Machuca M, Martínez F. Asociación Española de Farmacéuticos de Hospital: Atención Primaria: La Experiencia del Farmacéutico de Hospital. *AEFH ed. 1987; Cap. 1 - 4.*
101. López del Carre M.P., Asuncion M.P., Ferrándiz J.R.: Valoración de la comprensión de un folleto de información de medicamentos al Paciente. *Farmacia Clínica. 1987; 4(5): 392 - 401; 1987.*

102. Mangués R., Vila J.L., Arias I., Cuña B. Investigación y Docencia en Farmacia Hospitalaria. En Farmacia Hospitalaria. Edic. EMISA. Madrid 1990; 45 - 70.
103. Soler E., Montaner MC. Primeros pasos en la investigación al Servicio de la Farmacia Hospitalaria. Farmacia Clínica. Vol. 2. Pág. 50, 1985.
104. Asociación Española de Farmacéuticos Hospitalarios. Criterios de Acreditación para la docencia de los Servicios de Farmacia. Boletín Informativo. Tomo VIII. 27. Enero - Marzo 1984.
105. Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales. Guía para la Formación de Especialistas en Farmacia Hospitalaria. Publicaciones del Departamento de Medicina de CIBA - GEIGY. Barcelona 1981.
106. Bonal de Falgas I. Castro Cels I. Manual de formación para farmacéuticos clínicos. Ediciones DIAZ de SANTOS. Barcelona 1989.
107. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Criterios y estándares de práctica para servicios de farmacia hospitalaria. Madrid 1990.
108. Consejo Nacional de Farmacia Hospitalaria. Acreditación Docente de Servicios de Farmacia Hospitalaria. Boletín Informativo. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid 1991.

DIRECCIONES DE PÁGINAS EN INTERNET VINCULADAS A SALUD

- I. http://healthgate.ncbi.com/getcontent.asp?SiteID=ncbi&DocID=/search-forms/medline_form&DocType=4HealthGateSearch Page, para acceder a base de datos Medline (free).

- II. <http://www.cof.es/bot>. Consejo General de Colegios Q.F.B.s de España.
- III. <http://www.avicenna.com> National Library of Medicine Database.
- IV. <http://promini.medscape.com/drugdb/search.asp> Base de datos sobre medicamentos.
- V. <http://www.ugr.es/~atencfar/welcome.html> Arriba Club Atención farmacéutica.
- VI. http://www.easp.es/cadime/asp/realizar_consulta_BTA.asp Catálogo de Boletín Terapéutico Andaluz.
- VII. <http://www.dicaf.es/public/public.htm> The Pharmaceutical Letter.
- VIII. <http://www.fda.gov> Food and Drug Administration. USA.
- IX. <http://druginfo.sunnybrook.on.ca/main.html> Main Menu Druginfo.
- X. <http://www.rxlist.com/> RxList - The Internet Drug Index.
- XI. http://healthgate.ncbi.com/getcontent.asp?SiteID=ncbi&DocID=/search-forms/medline_form&DocType=4 HealthGate Search Page, Para acceder a base de datos Medline (free).
- XII. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> PubMed National Library of Medicine.
- XIII. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html> Medline Plus Health Information. Drug Information.

- XIV. <http://www.cof.es/bot/> Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España.
- XV. <http://www.sefh.es/index.htm> Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- XVI. <http://www.ugr.es/~atencfar/boletin.htm> Boletín de Atención farmacéutica.
- XVII. <http://www.druginfonet.com/> Drug InfoNet.
- XVIII. <http://www.clinnutr.org/> Parenterals American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.).
- XIX. <http://www.ashp.org/> American Society of Health System Pharmacists.
- XX. <http://www.AphAnet.org/> American Pharmaceutical Association.
- XXI. <http://www.avicenna.com> National Library of Medicine Database.
- XXII. <http://promini.medscape.com/drugdb/search.asp> Base de datos sobre medicamentos.
- XXIII. <http://ftp.healthnet.org/> satellife.
- XXIV. <http://www.unep.ch/jeu/home.htm> United Nations Environmet Programme.
- XXV. <http://www.cff.org.br/> Conselho Federal de Farmacia.

XXVI. <http://www.ijpc.com/> Home Page - International Journal of Pharmaceutical Compounding.

XXVII. <http://www.who.org> Organización Mundial de la Salud.

XXVIII. <http://www.bmj.com/> British Medical Journal.

XXIX. <http://www.escp.nl/data/welcome2.html> European Society of Clinical Pharmacy.

XXX. <http://www.cdc.gov/> Centers for Disease Control and Prevention Home Page.

XXXI. <http://www.atención-farmacéutica.com/información1.htm>.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**