



ATENCIÓN FARMACÉUTICA

SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Elaborado por:
Dra. Victoria Hall Ramírez
Farmacéutica

Centro Nacional de Información de Medicamentos

Enero, 2003

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

CAPITULO I

ATENCIÓN FARMACÉUTICA Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La atención farmacéutica surge como concepto filosófico a principios de los años 90, con el objetivo de dar respuesta a una necesidad social: los pacientes necesitan ayuda para obtener el máximo beneficio de sus medicamentos. (1)

En la actualidad los medicamentos son el arma terapéutica más utilizada, y gracias a ellos la esperanza de vida se ha doblado en los últimos 100 años.

Se puede decir sin miedo a equivocarse, que los medicamentos han contribuido de manera muy significativa a controlar las enfermedades. De hecho, su objetivo no es otro que el de curar la enfermedad, ralentizar la progresión de ésta, prevenirla o, en cualquier caso, paliar sus síntomas, además de ayudar en el diagnóstico clínico.

En definitiva, con el uso de los medicamentos se pretende mejorar el proceso asistencial y en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, estos medicamentos en muchas ocasiones fallan, al provocar efectos adversos o toxicidad; pero también fallan cuando no consiguen los objetivos terapéuticos. Dicho de otra forma, los medicamentos pueden generar problemas de seguridad en el primer caso o de eficacia en el segundo, y desgraciadamente ambas situaciones son relativamente frecuentes. (1)

Estos fallos de la medicación se traducen en pérdidas en salud y pérdidas económicas, es decir los fallos en farmacoterapia provocan un aumento de la morbilidad, mortalidad y del gasto sanitario y social. (1)

Al presentarse un problema de salud en un paciente, en el que el uso de un medicamento pueda aportar cierta mejoría o solución, se pueden presentar tres diferentes situaciones:

1. El paciente va al médico para consultar sobre su problema de salud, y el médico, una vez hecho el diagnóstico y el pronóstico, prescribe un medicamento con fines terapéuticos.
2. El paciente acude al farmacéutico para que éste le indique un medicamento que no necesite receta, para aliviar un problema de salud que él considere menor.
3. El paciente acude a la farmacia para automedicarse ante un problema de salud.

En estas tres situaciones es posible que se cometan errores. Sin embargo, en el caso de la intervención médica, ésta se encuentra avalada por la formación de los profesionales en medicina. La segunda situación, es decir la consulta o indicación farmacéutica se realizan a través de un experto en medicamentos: el farmacéutico que avala la medicación utilizada en ese paciente (1). En algunas ocasiones, si la automedicación (que sería la tercera situación planteada

anteriormente) es lo que se conoce como *automedicación responsable*, también hay un farmacéutico de por medio, aunque en la mayoría de los casos está el paciente que pide en el mostraron un medicamento determinado y un dependiente o auxiliar de la farmacia que se lo vende y nada más.

Pero el momento crucial de utilización del medicamento se da cuando éste entra en contacto con el paciente y es precisamente en ese momento, en que el paciente se encuentra solo ante el uso de un medicamento, cuando pueden producirse problemas de seguridad, eficacia o ambos.(1)

Es aquí donde el papel del farmacéutico es vital en la provisión de información, seguimiento del tratamiento farmacológico y la detección de problemas relacionados con los medicamentos.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

En 1990, en una publicación titulada “Oportunidades y Responsabilidades en la Atención Farmacéutica”, los profesores Linda Strand y Douglas Hepler de las Universidades de Minnesota y Florida respectivamente, proponen un nuevo modelo de ejercicio profesional, en el cuál el farmacéutico está implicado en la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas al uso de los medicamentos. (1)

Éste modelo profesional es lo que se llama “Pharmaceutical Care” y se define como la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.(1)

Los resultados deben ser:

- Curación de la enfermedad.
- Eliminación o reducción de la sintomatología de la enfermedad.
- Interrupción o enlentecimiento del proceso patológico.
- Prevención de la enfermedad o sus síntomas.

Esta filosofía establece específicamente, que la responsabilidad de los farmacéuticos consiste en identificar las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes y aceptar el compromiso de cubrir esas necesidades.

En 1993, el concepto del “Pharmaceutical Care” recibió un fuerte respaldo con la publicación del Informe de Tokio por parte de la OMS, en el cual se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobándolas en el concepto de Atención Farmacéutica.(1)

Tabla #1. Factores que influyen en la prestación de asistencia sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la Atención Farmacéutica.

Factores demográficos	*Poblaciones que envejecen *Poblaciones pediátricas vulnerables *Aumento en la población *Cambios en las características epidemiológicas
Factores económicos	*Aumento de los costos de la atención sanitaria *Economía nacional y mundial. *Desigualdad creciente entre ricos y pobres
Factores tecnológicos	*Desarrollo de nuevos medicamentos *Técnicas nuevas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes. *Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más complejos. *Biotecnología.
Factores sociológicos	*Expectativas y participación de los consumidores. *Abuso y uso incorrecto de los medicamentos. *Utilización de la medicina tradicional.
Factores políticos	*Prioridades en el uso de los recursos nacionales (asignación a salud) *Cambios en la política económica. *Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia. *Reglamentación farmacéutica. *Políticas farmacéuticas nacionales; listas de medicamentos esenciales.
Factores profesionales	*Variaciones en la enseñanza y la formación impartidas a los farmacéuticos. *Distribución del personal de farmacia. *Criterios cambiantes en lo que concierne a la atención del paciente dispensada en la farmacia. *Base de remuneración de los farmacéuticos

Fuente: Informe Tokio. OMS. 1993

De todos los factores que detalla la OMS, debemos exaltar los más relevantes:

- El envejecimiento de las poblaciones conlleva a un aumento en el número de enfermos crónicos y por lo tanto polimedicados, para los cuales es básico controlar los tratamientos, por lo que no hay duda de que éstas poblaciones necesitan Atención Farmacéutica.
- El aumento de los costos de la atención sanitaria es una realidad en países donde se cuenta con elevados niveles de bienestar social, pero hay que intentar mantener este bienestar mejorando su gestión. La Atención Farmacéutica puede ayudar a que uno de los gastos sanitarios, el denominado gasto farmacéutico, sea aprovechado al máximo.
- Los medicamentos son y serán cada vez más complejos por lo que hay que enseñar y vigilar para que su utilización sea óptima. El consejo farmacéutico acompañado de la dispensación de un medicamento no garantiza la buena utilización de éstos.

- La formación de los consumidores es cada vez más amplia con lo que sus expectativas aumentan, sobre todo en aspectos sanitarios. Esto significa que cada vez exigirán mejores servicios y la Atención Farmacéutica es un paso gigante en la calidad que puede ofrecer la Farmacia.
- La tendencia general que existe en disminuir los tiempos de hospitalización de los pacientes, conduce necesariamente a que la asistencia sanitaria tiene que continuar de manera extrahospitalaria. Los médicos y enfermeras ya se están adaptando a éste cambio y el farmacéutico deberá hacerlo también, si no quiere que otro profesional de la salud se encargue de misiones para las cuales fue formado. Esto significa que se deberán desarrollar programas de Atención Farmacéutica Domiciliaria.

La Atención Farmacéutica como concepto ha evolucionado a través del años. En su inicio, lo que se denomina *Pharmaceutical Care*, fue concebida por sus padres, Hepler y Strand como “la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente” (7)

Sin embargo, esta denominación de Atención Farmacéutica ha resultado ambigua en España, es decir, su traducción, pues todo puede caber en ella, todos aquellos servicios que el farmacéuticos puede prestar (8) , por tanto y ante la discusión entre los farmacéuticos ,de que atención farmacéutica es lo que han venido haciendo toda la vida, es que se convocó a un Consenso sobre Atención Farmacéutico en setiembre del 2001, de donde sale la nueva definición de Atención Farmacéutica y del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico que vendría a ser la mejor traducción del concepto de *Pharmaceutical Care*.

CONSENSO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA, 2001

Se define *Atención Farmacéutica* como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que promuevan buena salud y prevengan las enfermedades (11).

Dentro de la *atención farmacéutica* se distinguen actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia del paciente en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí. Son actuaciones como la indicación de medicamento que no requieren de prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento (11).

Se considera que sin perjuicio de otros servicios que se pudieran ofertar en las farmacias, hay 3 que son esenciales:

a)Dispensación activa: El acto de dispensación es un acto profesional complejo y nunca algo meramente mecánico, de forma que cuando el paciente acude a la farmacia por un medicamento (generalmente con una receta médica de por medio), el farmacéutico debe entregar el medicamento en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente; además debe proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos . Este servicio debería darse en teoría al 100% de la población que acude a la farmacia (11).

b)Consulta o indicación farmacéutico: Es el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber que medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el medicamento más adecuado para un problema de salud concreto. Es la actividad que inicia con la típica pregunta “¿Qué me da para....?”. (11).

c)Seguimiento del Tratamiento Farmacológico: Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM) de forma continuada, 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 (11).

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Para realizar éste ejercicio profesional, se necesita que quien lo lleve a cabo tenga tres características imprescindibles:

1. Tiene que ser un especialista en medicamentos. Es decir, debe saber o estar en condiciones de saber todo lo posible sobre los medicamentos aplicados a un paciente en concreto.
2. Tiene que ser accesible para los pacientes y estar en condiciones de conocer toda la información sobre los medicamentos que utilizan esos pacientes, para los problemas de salud que padecen.
3. Tiene que estar motivado para ayudar a los pacientes a través de su dedicación y de su trabajo, para que obtengan el máximo beneficio posible de los medicamentos que utilizan.(1)

Si se analizan las características anteriores se puede ver que el profesional idóneo para la realización de éste seguimiento farmacoterapéutico no es nadie más que el farmacéutico comunitario que está en estrecha relación con el paciente a través de la farmacia.

El seguimiento farmacoterapéutico pretende conseguir un mejor y mayor beneficio de la farmacoterapia en cada paciente y surge como consecuencia del reconocimiento de la existencia de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), derivados del uso de éstos, y del convencimiento de que éstos pueden minimizarse o eliminarse mediante una actuación profesional y responsable.(1)

Si el farmacéutico se concientiza de su responsabilidad y acepta el reto de colaborar con el equipo interdisciplinario de salud (médicos, microbiólogos, enfermeros, y otros especialistas), que también trabajan en el cuidado del paciente, su papel se volverá imprescindible.

Con el Seguimiento del Tratamiento Farmacológico del paciente se persigue cumplir con los siguientes objetivos:

- ❖ Buscar 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
- ❖ Contribuir al uso racional de los medicamentos, como principal herramienta terapéutica de la sociedad.
- ❖ Mejorar la calidad del paciente (1,11).

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS

Según la definición aportada por el Consenso de Granada de 1998, un Problema Relacionado con los Medicamentos o PRM, es un problema de salud vinculado con la farmacoterapia, que interfiere o puede interferir con los resultados de salud en ese paciente. (1). A mediados del 2002 se propuso una nueva definición de PRM la cual lo postula como “un fallo en la farmacoterapia que producidos por diversas causas, conduce a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados”. (9)

La última definición y propuesta para PRM’s aportada por el Comité del **II Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos** y por ende, la vigente en este momento es la siguiente: “*son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados*” (12).

Aunque se podría pensar que existen millones de tipos de PRM, existe una forma de clasificarlos que los agrupa dentro de éstos tres apartados básicos:

- ❖ Necesidad
- ❖ Efectividad
- ❖ Seguridad

Cualquier Problema Relacionado con los Medicamentos puede ser clasificado en uno de los 6 tipos de PRM, ya que cada clasificación es exhaustiva y autoexcluyente. La nueva clasificación desde el 2002 y vigente a fecha es la siguiente (12):

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio
INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

Tabla #2. Clasificación de PRM's según el II Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos

Necesidad	PRM 1. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita
	PRM 2. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita
Efectividad	PRM 3. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación
	PRM 4. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación
Seguridad	PRM 5. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento
	PRM 6. El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento

El farmacéutico involucrado en el seguimiento farmacoterapéutico del paciente debe hacerse las siguientes preguntas:

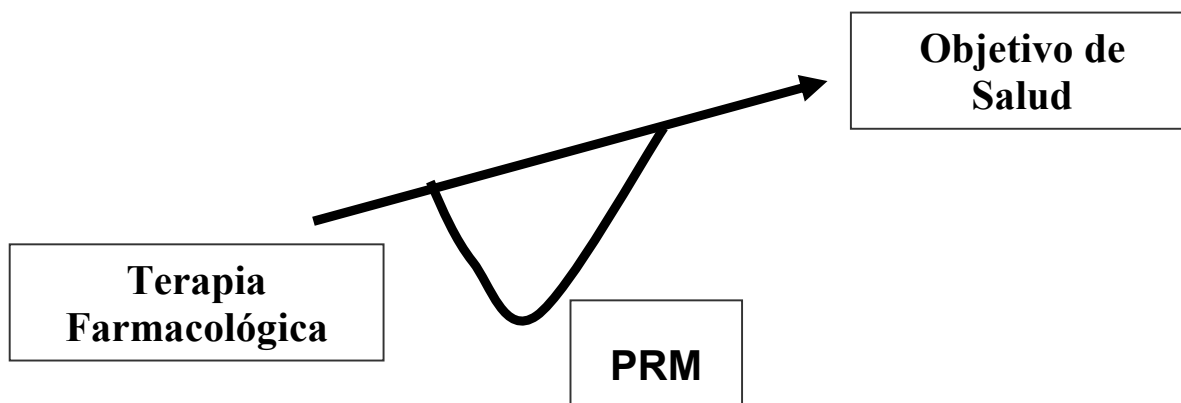
- ¿Necesita el paciente en este momento un medicamento?
- Si lo necesita: ¿este medicamento es o será efectivo?
- Si es efectivo: ¿este medicamento es o será seguro?
- Existe algún problema de salud, que no sea consecuencia de algunos de los medicamentos, que no esté tratado? (10)

La misión del farmacéutico es la identificación de cualquier Problema Relacionado con la Medicación a través de una adecuada evaluación clínica de la farmacoterapia, velando siempre por no interferir con el papel del médico, sino por el contrario, formando un equipo conjunto con él, donde el mayor beneficiado en todo momento deberá ser el paciente. (1)

Es importante plantearse una metodología para brindar seguimiento farmacoterapéutico al paciente, utilizando una estrategia que permita resolver los PRM identificados y alcanzar los objetivos que se pretendían con la terapéutica. (1)

Al presentarse un problema de salud en un paciente se instaura una terapia medicamentosa que lo que pretende es mejorar el estado de salud del paciente. Algunas veces éste objetivo se ve desviado por la aparición de algún Problema Relacionado con la Medicación, a través de un adecuado seguimiento farmacoterapéutico, el farmacéutico puede identificar la raíz del asunto y asegurarse de alcanzar el objetivo de salud deseado desde el momento de la implantación de la terapia medicamentosa. (1)

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO



Fuente: Faus Dáder MJ. Introducción a la Atención Farmacéutica. Curso de Posgrado. Introducción Práctica a la Atención Farmacéutica. Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. España, 2001.

Se dice, que se hace Seguimiento del Tratamiento Farmacológico a un paciente cuando se pone en práctica una metodología que permita buscar, identificar y resolver, de manera sistemática y documentada, todos los problemas de salud relacionados con los medicamentos de ese paciente, realizando una evaluación periódica de todo el proceso. (1)

CAPITULO II

METODOLOGÍA DÁDER DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (STF)

Numerosos estudios han demostrado que los fallos en la farmacoterapia disminuirían si la utilización del medicamento por parte del paciente se controlara a lo largo del proceso de atención sanitaria. Este control se puede realizar a través de la aplicación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, con el fin de buscar, identificar y resolver los problemas relacionados con los medicamentos (4).

Dentro de este contexto, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada diseñó la Metodología Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico con el objetivo de aportar una metodología y sistemática útil que le permita al farmacéutico asistencial ayudar a los pacientes a obtener el máximo beneficio de sus medicamentos. El programa Dáder, surge como un proyecto docente donde el farmacéutico “aprende haciendo”, primero con un solo paciente; poco a poco va desarrollando las habilidades necesarias para analizar tanto la información recolectada del paciente como la referente a los medicamentos, con el fin de transformar todo lo leído en conocimiento adquirido y aplicarlo luego con otros pacientes (4).

Una de las ventajas de trabajar utilizando una metodología contrastada es la garantía de que se pueden evitar los errores cometidos en intentos anteriores. Además, la existencia de una metodología valida el proceso de tal forma que se puede transmitir exitosamente la misma de una persona a otra, es decir, el proceso y sus resultados son reproducibles. Para implantar el seguimiento del tratamiento farmacológico existe una secuencia lógica. Se debe empezar por un paciente, y una vez que se ha adquirido una mínima confianza en sí mismo, continuar con segundo o tercer paciente. (3)

FASE PREVIA

Se selecciona a un paciente de entre los que acuden a la farmacia (sea cual sea su enfermedad) y que esté utilizando (o que necesite utilizar) medicamentos. Se le oferta este Servicio de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, siempre en el sentido positivo y no en el negativo: “...seguro que juntos conseguimos sacar mucho más partido de sus medicamentos...” (4,16).

Este primer paciente no tiene que tener ningún requisito especial, aunque es cierto que hay características que hacen que sea más fácil empezar por algunos. Este primer paciente puede ser, aunque no necesariamente un cliente habitual de la farmacia, uno que consuma de 3 a 5 medicamentos y con una o dos enfermedades crónicas. No hay que seleccionar una enfermedad concreta pues se estaría realizando Atención Farmacéutica en grupos de riesgo y no Atención Farmacéutica global. (3)

Si el paciente no acepta, se le oferta el Servicio a otro paciente. No es conveniente insistir en la oferta hasta no tener la experiencia necesaria para ello, que se ira obteniendo, sin duda, a medida que se avanza en el número de pacientes adheridos. Una vez seleccionado el paciente, se le cita para la Primera Visita, en fecha y hora pactadas con él y comunicándole que traiga a la farmacia, en una bolsa, todos los medicamentos de su botiquín. También se le debe informar que se va a tardar unos 15 a 20 minutos en esta visita (4,16).

FASES DE LA METODOLOGÍA E INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LOS IMPRESOS

Existe un espacio en los impresos del Dáder, tanto en la historia farmacoterapéutica, en el estado de situación, como en la hoja de intervenciones farmacéuticas donde se debe anotar el # de paciente. Este número además de brindar un consecutivo de pacientes, brinda un código de identificación para la farmacia, el cual le permitirá al Programa Dáder reconocer cada establecimiento para fines estadísticos y de registro de información. El código propuesto, según el evaluador del Programa Dáder para Costa Rica es el siguiente:

__/__/_____/_____

*Las primeras 3 casillas en nuestro país serán siempre **506**

*La cuarta casilla corresponde a un identificativo para cada tipo de farmacia: **0 para las farmacias de la CCSS que tengan # de Unidad Programática, 1 para las aquellas farmacias de comunidad del sector privado que tengan # de Permiso de Operación y 2** para Centros de Información de Medicamentos o demás consultorios de consulta farmacéutica que no posean ni permiso de operación ni unidad programática.

ATENCIÓN: Se elimina el # de provincia.

*Las casillas 5-9 será el consecutivo de la farmacia. En todos los casos la casilla 5 será rellenada con un 0; **en el caso de las farmacias de comunidad** las otras cuatro casillas se llenarán con el **número de permiso de operación** del establecimiento farmacéutico; en el caso de las **farmacias de la CCSS**, las casillas 6-9 se llenarán con el **número de la unidad programática.**

*Las últimas 5 casillas serán del consecutivo del paciente (esa numeración es interna en cada farmacia)

Por ejemplo para la Farmacia de Comunidad XXXX, cuyo permiso de operación del Colegio de Farmacéuticos es el 7384, el # será (para el primer paciente) el siguiente:

5 0 / 6 1 / 0 7 3 8 4 / 0 0 0 0 1

Los primeros 9 dígitos permanecen constantes para la farmacia,, lo que varía con los últimos 5 dígitos.

❖ *Primera Visita*

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. 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

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

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 (4,16)

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) (4,16).

En esta primera fase de la entrevista el paciente solo debe hablar sobre los problemas de salud que más le preocupan. (2) No existe un modelo uniforme de comunicación entre el farmacéutico y el paciente, ni se puede hablar de una forma pre-establecida que sirva para comunicarse adecuadamente con todos los pacientes, sin embargo se debe procurar siempre utilizar una actitud constructiva, sin reproches ni cuestionamientos, una actitud comprensiva y de respeto para lograr ganarse la confianza del paciente y una identificación personal con las necesidades de cada paciente (4,16). Debe procurarse una relación de cooperación entre el farmacéutico y el paciente. (3)

Debe quedar claro que es necesario saber si los problemas de salud que refiere el paciente están o no controlados y desde cuando los padece. Estos datos serán muy importantes para plantear el estado de situación de una forma correcta y determinar causalidad entre un PS y el medicamento que supuestamente es el causante del PRM.

BOLSA CON MEDICAMENTOS

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 farmacéutico debe calificar de –poco (P), regular (R) o bastante (B)- 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 (4,16).

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 (4,16).

REPASO

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

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

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 (4,16).

Esta fase de la Visita persigue tres objetivos:

- Obtener información de otros medicamentos que esté usando el paciente y que no ha traído en la bolsa (formas emulsiones que no considera medicamentos y que tiene en el baño, plantas medicinales). De cada uno de los medicamentos que aparecen hay que obtener la misma información que de los anteriores y anotarla en el apartado anterior.
- Obtener información de otros problemas de salud que sufre el paciente y que los ha olvidado en la primera fase o le preocupan menos.
- Obtener información complementaria útil para la evaluación posterior, deteniéndose en donde sea preciso, incluida dieta o hábitos del paciente.

Tanto las situaciones fisiológicas (embarazo, lactancia) como las alergias a medicamentos, son extremadamente importantes para la evaluación de la medicación, por lo que en ningún caso deberán de pasar desapercibidas. (4,16).

OTROS DATOS DEL PACIENTE

Se anotarán los datos del paciente que el farmacéutico 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 (4,16).

RESUMEN DE LA ENTREVISTA

Tras la pregunta al paciente de si cree que hay alguna cuestión que se nos haya olvidado preguntarle, es necesario ratificar si hemos comprendido bien toda la información que nos ha transmitido (4,16).

Para conseguirlo, se le dice: “entonces Usted tiene los problemas de salud (se enumeran lo más sencillamente posible) y sobre sus medicamentos (se enumeran también lo más sencillamente posible aquellas cuestiones que creemos importantes)...”

FIN DE LA PRIMERA VISITA

Se procederá al fin de la Visita transmitiendo al paciente, que en principio nos parece que sí que merece la pena trabajar juntos y que seguramente conseguiremos mejorar bastante la efectividad de su medicación, que estudiaremos con detalle toda la información y que le llamaremos para citarle e informarle de todo. Con esto, se despide al paciente. Se rellenará el dato de los MINUTOS (aproximados) que ha durado esta Primera Visita (4,16).

Llenado de la historia farmacoterapéutica

Una vez que el paciente se ha marchado, el farmacéutico con toda la información recolectada durante la primera entrevista la pasa al formulario de Historia Farmacoterapéutica correspondiente a los siguientes apartados (ver anexo #1, página 30)

_Preocupaciones de salud (ver anexo #1, página 31)

_Inicio del PS y si se encuentra controlado o no. En caso de patologías donde la forma de saber es por medio de valores, como la presión arterial, colesterol, glicemia, triglicéridos, entre otros; estos valores deben aparecer.

_Para c/u de los medicamentos que toma actualmente:

- | | |
|-----------------|--------------------|
| -¿lo toma? | -¿quien lo receto? |
| -¿para qué? | -¿como le va? |
| -¿desde cuando? | -¿cuanto? |
| -¿como? | -¿hasta cuando? |
| -¿dificultad? | -¿algo extraño? |

_Medicación anterior

_Los datos de la fase de repaso (ver anexo #1, página 33)

_Otros datos del paciente

❖ *Estado de situación* (ver anexo #2, página 34)

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 los nuevos medicamentos y los nuevos problemas de salud que surjan en visitas posteriores para volver a hacer un nuevo estudio y evaluación (3).

❖ *Fase de estudio*

Hay que estudiar en este punto todos y cada uno de los medicamentos que el paciente usa hasta la fecha, buscando una posible relación con sus problemas de salud. Habrá que estudiar así mismo la información que se necesite referente a cada problema de salud (3).

La experiencia aconseja buscar al menos los siguientes parámetros para cada medicamento: usos, mecanismo de acción, efectos secundarios, interacciones, precauciones, contraindicaciones y cualquier otra información relevante para el paciente en seguimiento.

Esta fase será necesario repetirla de forma completa, cada vez que se produzca una nueva situación de cambio de dosis, de medicamento o surja un nuevo problema de salud.

❖ *Evaluación global, sospechas de PRM* (ver anexo #2, página 34)

Después del estudio de cada medicamento y/o problema de salud, se procede a clasificar las sospechas de PRM actuales, siempre (como se ha dicho anteriormente) pensando en las condiciones de Necesidad, Efectividad y Seguridad, según el Consenso de Granada. En el futuro, se irán añadiendo con su fecha correspondiente las nuevas sospechas de PRM que surjan como consecuencia de nuevas situaciones en el paciente (4,16).

Una vez detectados los PRM's, 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 (4,16).

Las actuaciones necesarias, que no sean intervenciones farmacéuticas, es decir, que no sean modificaciones de algún aspecto de la farmacoterapia, se anotarán al pie de la hoja de Evaluación Global. Debe quedar claro que estas actuaciones sobre hábitos de vida o nutricionales, no forman parte del Seguimiento farmacoterapéutico, sino de la educación sanitaria que también se debe hacer con los pacientes (4,16).

❖ *Segunda visita*

En dicha fecha, se comunica al paciente el problema detectado y la solución que puede tener desde nuestro punto de vista, y se pacta con él cómo solucionarlo, acordando entre los dos una fecha para una próxima visita que puede ser presencial o telefónica (4,16).

Si para la solución se necesita al médico (porque se pretenda proponer un cambio de medicamento prescrito, dosis, duración o supresión), se transmitirá al paciente que el problema, desde el punto de vista de un experto en medicamentos, es ese; pero que de ningún modo tiene por qué explicarse de forma exclusiva por la relación con el medicamento, sino que puede explicarse por otras enfermedades, y es el médico quien únicamente sabe de enfermedades, de diagnóstico y de pronóstico; que es lo mismo que cuando un analista o un radiólogo emite un informe para el médico. (4,16).

❖ *Intervención farmacéutica (IF)* (ver anexo #3, página 35)

Cada hoja sirve para un solo PRM. Es posible que intervengan dos o más medicamentos en un mismo problema de salud y un medicamento puede provocar uno o varios problemas de salud. Pero NUNCA habrá más de un problema de salud por PRM. Recordemos que PRM es un problema de salud relacionado con la farmacoterapia (4,16).

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 (4,16).

Lo primero es colocar el # del paciente y la fecha de inicio de la intervención. Esta fecha corresponde al día exacto en el cual el farmacéutico intervino con el paciente vía oral o que le entregó el informe para el médico.

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.

En el apartado de Problema de Salud se escribirá el problema de salud origen del PRM. Se añadirá una descripción del PRM en un máximo de dos líneas. Esta descripción tendrá SIEMPRE la estructura siguiente y comenzará SIEMPRE con una de estas tres palabras:

*Necesidad (o No necesidad) de por...

*Inefectividad de por ...

*Inseguridad de por....

Se pretende con esta descripción, que otro farmacéutico entienda el PRM que se ha evaluado y la información que se ha identificado, sin necesidad de estudiar toda la documentación del paciente. De las causas, hay que seleccionar marcando con una cruz, una de las cuatro opciones (4,16).

En el apartado “Qué se pretende hacer para resolver el PRM” hay que especificar EXACTAMENTE qué se propone como solución al PRM concreto; NO: “curar al enfermo” o “que desaparezca el dolor”. Algunos ejemplos pueden ser: que se le cambie el medicamento por otro, que se le aumente la dosis, que se le prescriba (o indique) un nuevo medicamento, etc., pero nunca serán las actuaciones propuestas: controlar la presión arterial, controlar su glucemia, que le desaparezca el dolor de codo, o mejorar su calidad de vida (4,16).

La vía de comunicación SÓLO puede ser de una de las descritas y habrá de señalarse con una cruz. Es obvio que si se entrega al paciente una carta (escrita), no se hace en silencio; por tanto la escrita incluye la verbal (4,16).

Llegada la fecha de consecución esperada, que debe anotarse en una agenda (o dietario), sólo habrá tres posibilidades:

- Se ha resuelto el PRM, es decir, HA DESAPARECIDO O MEJORADO el problema de salud origen del PRM.
- No se ha resuelto el PRM, es decir, no ha desaparecido o mejorado el problema de salud origen del PRM
- No se puede verificar si se ha resuelto o no, por lo que habrá que esperar más tiempo para comprobarlo.

En los dos primeros casos se podrá completar la hoja de Intervención (que deberá ser remitida al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada), mientras que en el tercero se deberá dejar abierta (y no remitirla), tras anotar en la agenda una nueva fecha de comprobación de consecución. Debe quedar claro que un PRM no se resuelve sólo porque el

médico o el paciente hagan lo que el farmacéutico sugirió. Es necesario esperar a que se produzca una eliminación o mejoría del problema de salud que originó el PRM (4,16)

En la hoja de intervención se anotará una cruz en la intersección de las dos condiciones que corresponda: si se ha resuelto o no el problema de salud y si esto se ha hecho después de haber aceptado lo propuesto en la intervención o no. El número de medicamentos que se anotará, es el número de medicamentos de la hoja de “Estado de Situación” que no están reflejados con “fecha de fin”, es decir, que el paciente los sigue tomando en el momento de la intervención, que solucionó o no el PRM (4,16).

Como último se completa la casilla correspondiente a fecha fin de la intervención que es la fecha en que obtuvimos el resultado de la misma; cualquier de los 4 contemplados en la hoja de IF (IF aceptada y PS resuelto; IF no aceptada y PS resuelto; IF aceptada y PS no resuelto o IF no aceptada y PS no resuelto)

Visitas

Se consideran Visitas, tanto las presenciales como las telefónicas. Entre las primeras están incluidas algunas (no todas) de las consistentes en retiradas de medicamentos en el mostrador (ver apartado siguiente). Siempre que sea posible, el farmacéutico habrá estudiado la documentación del paciente antes de cada Visita (4,16).

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 (4,16).

El resumen que se anotará en el impreso de Visitas serán los datos más relevantes de cada una de ellas. Por ejemplo, observaciones del paciente, evolución del problema de salud, nuevos problemas o nuevas medicaciones, etc. Cualquier cambio en este sentido o de dosis o pauta habrá que transcribirlo también a la hoja de “Estado de Situación”. Finalmente, habrá que anotar los minutos aproximados que ha durado cada Visita (4,16).

RESULTADOS

Una vez se de por concluida la Intervención Farmacéutica (IF), se enviará una copia del impreso de IF (ver anexo #3) al Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, con los datos de número interno del paciente, fecha, PRM tipo y descripción, causa actuación, resultado y número de medicamentos y de visitas efectuadas para la resolución del PRM. Estos datos son cedidos a la Universidad de Granada sólo con fines de Investigación y Desarrollo. En ningún momento será necesario enviar dato alguno, que pueda dar lugar directa o indirectamente a la identificación del paciente. Los resultados son propiedad del farmacéutico que los genere, y debería publicarlos (4,16).

CAPITULO III

RELACIÓN FARMACÉUTICO-MÉDICO Y FARMACÉUTICO-PACIENTE

COMUNICACIÓN CON EL MÉDICO

La prescripción es la consecuencia de un proceso que se inicia por el médico en su consulta, al establecer el diagnóstico de un problema de salud, al que le sigue un pronóstico o valoración de la gravedad de dicho problema. (3)

Una estrategia para tratar la enfermedad puede tener uno o varios componentes, tales como la educación sanitaria, modificación de los hábitos higiénicos o dietéticos del paciente, puede ser una estrategia quirúrgica y, una de las más usuales puede incluir medicamentos. (4)

Cuando se utilizan medicamentos como estrategia para resolver el problema de salud del paciente, muchas veces no se consiguen los efectos deseados. Esto puede ser por varias razones:

_ Porque el paciente no responda al medicamento seleccionado a pesar que el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad hayan sido los acertados.

_ Porque aunque el diagnóstico haya sido acertado no se haya valorado en toda su intensidad dicha enfermedad, o incluso se haya comenzado por un camino más “conservador” siguiendo la máxima médica de causar el menor daño posible, y como consecuencia no se haya elegido el medicamento idóneo.

_ Porque el diagnóstico de la enfermedad no haya sido correcto, con lo que el pronóstico y la prescripción consecuentes a ese diagnóstico no sean los idóneos.(3)

Cuando la respuesta inadecuada al tratamiento es debida a un fallo en el uso de los medicamentos por parte del paciente, entra en juego el papel preponderante que tiene el farmacéutico como consejero del paciente en materia del uso racional y adecuado de la medicación.

El farmacéutico no es el profesional encargado de la prescripción de medicamentos ni del diagnóstico de enfermedades en un paciente, por lo tanto no está autorizado a suspender o cambiar una decisión del médico. Dicho de otra forma; si el farmacéutico no es el profesional que inicia tratamientos, tampoco debe suspenderlos (3).

Una excepción a ésta regla profesional, debe ser el caso en que pueda ponerse en peligro la vida del paciente o su descendencia, en el caso de una mujer embarazada, o ante la aparición de un efecto adverso que se manifieste en una forma extremadamente desagradable.(3) De cualquier manera cualquier cambio o sospecha debe ser comunicada al médico.

El farmacéutico no es el único profesional que puede detectar un problema relacionado con los medicamentos pero al estar cerca del paciente, tiene una posición privilegiada a la hora de detectar un problema de este tipo. (3)

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

Es importante que el farmacéutico que detecta una desviación de la normalidad en un tratamiento no le haga ver al paciente que esto ha sido un error cometido por un profesional de salud, por el contrario debe procurar que el paciente entienda lo difícil que es acertar desde la primera oportunidad la razón del problema de salud que lo aqueja y que por ello existe todo un equipo multidisciplinario que lo ayuda en todo el proceso. (3)

Nunca se debe desacreditar a un miembro del equipo de salud, porque inducir la desconfianza en un miembro del equipo puede hacer que de una u otra forma el paciente desconfíe de todo el equipo de salud, incluyendo al farmacéutico. (3)

Es importante entender que en el proceso de seguimiento del tratamiento farmacológico de un paciente, ningún miembro del equipo de salud tiene que considerar que otro miembro se inmiscuye o invade el campo de acción de otro. La misión del farmacéutico es relacionar la queja o problema del paciente con los medicamentos que toma y notificar sus sospechas al médico, cuando estuviera en sus manos la solución del problema.

El médico no tiene ninguna razón para enfadarse con el farmacéutico o con cualquier otro miembro del equipo de salud que detecte alguna falla en la medicación, pero el farmacéutico tampoco debe enfadarse si luego de informarle al médico de sus sospechas, éste aparentemente no le hace caso, porque la valoración global del paciente compete al médico, y éste conociendo la situación puede tener una solución diferente para el problema del paciente. (3)

La buena comunicación entre el farmacéutico y el médico es de vital importancia para el éxito del programa de STF, pero debe tenerse claro que cualquier información comunicada al médico debe contar con el consentimiento del paciente (3)

¿Cuándo comunicarse con el médico?

La comunicación con el médico debe hacerse cuando se necesita de su actuación profesional y que valore si es pertinente una modificación en la estrategia farmacoterapéutica. Todo lo que pueda ayudar a tomar una decisión de iniciar un tratamiento farmacológico nuevo o la modificación (dosis, intervalo de dosificación o medicamento selección) o supresión de un ya existente, es susceptible de comunicación con el médico, ya que todo lo anteriormente mencionado necesita o ha necesitado del juicio profesional del médico (14).

No será necesario la comunicación con el médico cuando la desviación producida del objetivo marcado no compete a su ámbito de acción y puede ser solucionado entre farmacéutico y paciente. Por ejemplo, un PRM cuya causa sea el incumplimiento del tratamiento puede ser solucionado entre farmacéutico y pacientes, por medio de la educación a este último sobre la importancia de tomar el tratamiento (14).

PARTES DEL INFORME ESCRITO

Debido a que el paciente es el centro de atención de los profesionales del área de la salud, el informe al médico debe enviarse a través del paciente, ya que el momento idóneo para la comunicación con el médico es en su consulta cuando éste recibe al paciente. (3)

El informe debe ser claro y conciso concebido para que pueda ser valorado en el tiempo habitual de consulta del médico con el paciente, y debe contener únicamente aquella información considerada como relevante para la resolución del PRM.(4)

No debe contener juicios de valor que hagan suponer la intromisión en un campo que al farmacéutico no le corresponde. El informe debe tener cuatro partes:

1. Una “foto” del paciente en la que se expresan las características de este que necesiten ser tomadas en cuenta en la valoración del caso, así como los medicamentos que el paciente toma en ese momento, todo esto con el fin de que el médico no pierda tiempo buscando en sus archivos esta información (14).
2. Exposición del problema de salud o queja del paciente motivo de la intervención. Si existen medidas de algún parámetro como la presión arterial, la glucemia o los niveles de colesterol en sangre, debe informarse los valores, el aparato y la fecha en que fueron tomados (14).
3. Relación del problema de salud y los medicamentos que toma el paciente, o los que están ausentes, según el juicio profesional del médico (14).
4. Disposición del farmacéutico a seguir cumpliendo en el futuro con el servicio de seguimiento del tratamiento del paciente, con el objetivo de obtener los máximos beneficios del mismo (14).

El informe se entrega en sobre cerrado al paciente; se sacan dos copias, una para el médico y otra para el paciente; se cita al paciente para hacerle entrega de los documentos y se le explica lo que se pretende hacer (14).

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Al instaurar un servicio de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, el farmacéutico debe centrar toda su actuación profesional alrededor del paciente y no del medicamento. La importancia de cultivar una buena relación con el paciente es que ésta será la base para su actividad profesional.

El farmacéutico depende de la información suministrada por el paciente para identificar la fuente del problema y para tomar una decisión de cómo aminorarlo o eliminarlo. La buena comunicación con el paciente se logra muchas veces con una simple actitud de respeto y escuchando de forma adecuada lo que le preocupa sobre sus problemas de salud. Es de vital importancia para la proposición de una solución, además, realizar una adecuada interpretación de la información adquirida en la entrevista con el paciente. (4)

El comunicador nace, pero también se hace, y el farmacéutico como consejero y asesor del ciudadano respecto a los cuidados de su salud, debe realizar un esfuerzo importante por intentar comunicarse del modo más útil y enriquecedor con la persona que tiene frente a sí. Esta relación tiene que ser, en primer lugar, horizontal o democrática. El paciente a pesar de serlo, conserva el derecho de recibir un trato de igualdad y no paternalista o indiferente. Hablamos de una relación persona-persona y no poderoso-desposeído, enfermo-sano o culto-ignorante. (6)

Es preciso que el farmacéutico que pretenda brindar éste tipo de servicio y procure una buena comunicación con el paciente, propicie su acercamiento con estudios de psicología y técnicas de comunicación, que favorezcan un mejor y mayor entendimiento con el paciente.

La comunicación define nuestra existencia. Los fallos en la comunicación provocan la mayoría de los problemas que tenemos en nuestra vida cotidiana, así como los que surgen en el ámbito laboral. (6)

Para que el proceso de comunicación sea exitoso las ideas deben pasar de un individuo a otro intactas, lo que es casi imposible cuando consideramos que a la hora de comunicarnos con alguien, no nos encontramos libres de emitir algún tipo de juicio, y nuestra recepción se ve influida por valoraciones interpretaciones, conflictos, opiniones y condicionamientos, que impiden que expresemos de forma clara la percepción que tenemos.(4)

La comunicación de una idea puede darse con más facilidad si el emisor tiene concebida claramente dicha idea en su mente, si la idea es presentada de forma que estimule una actitud receptiva en la otra persona y si es expresada de forma que pueda ser entendida por el receptor.

Un consejo básico a la hora de intentar comunicarnos correctamente es pensar más de una vez lo que queremos decir: todo se puede decir ya que se puede pensar. (6)

Sin embargo, como seres humanos, los profesionales sanitarios también podemos sentir una variedad de sentimientos que nos hacen en algún momento querer abandonar a un paciente, esté o no en seguimiento; lo importante es aprender a canalizar esas emociones y darse cuenta que con enojarse y dejar al paciente, perdemos todos: el paciente porque deja de tener al farmacéutico como consejero y el profesional porque deja de tener su razón de trabajo: el paciente. Se enumeran a continuación algunas situaciones comunes que se presentan entre paciente y farmacéutico:

Tabla #3. Situaciones y emociones de los profesionales (15)

Situaciones	Emociones
“Pacientes que nos mienten. Nos dice que hacen todo lo que les hemos indicado pero los análisis demuestran claramente que no es verdad”	Rabia Rechazo
“Pacientes que tiene toda la información necesaria pero no nos hacen caso; no siguen las indicaciones del tratamiento, sobre todo respecto a la dieta y al ejercicio físico”.	Rabia Angustia Impotencia
“Pacientes que no aceptan su enfermedad, no quieren asumirla y actúan como si no tuviesen la enfermedad”	Confusión Impotencia
“Pacientes muy jóvenes, descontrolados, que empiezan a sufrir complicaciones”	Pena Angustia Culpabilidad
“Pacientes que no entienden lo que les tratamos de enseñar”	Inutilidad
“Pacientes que no escuchan lo que les decimos”	Rabia Impotencia
“Tener que repetir siempre lo mismo en las consulta, para que ni te hagan caso”	Frustración Desilusión
“Que los paciente desconfien de nuestro conocimiento; que el personal enfermería tenga menos credibilidad que los médicos”	Rabia Humillación

Factores que facilitan la comunicación con el paciente

- Escoger un lugar adecuado, tranquilo y acogedor
- Escoger un momento adecuado: estar en un estado emocional aceptable (tanto el paciente como el profesional) y disponer de cierto tiempo
- Preguntar, sin dar nada por supuesto, dejándose “sorprender” por lo pueda decir el paciente
- Escuchar activamente con letras (“Siga, le escucho....”) y música (mirándole a los ojos, demostrando interés) adecuadas.
- Empatizar (ponerse en el lugar del otro) con letra (“Entiendo que a veces le sea difícil.....”) y música (con una mirada acogedora) adecuada.
- Expresar y declarar los propios deseos: “ La verdad es que me gustaría que pudieras....”
- Manifestar algún tipo de acuerdo parcial con los argumentos del paciente
- Informar al paciente, enfatizando los aspectos positivos
- Utilizar el lenguaje apropiado para cada paciente, evitando el uso de tecnicismos y/o jerga profesional (15).

Factores que dificultan la comunicación con el paciente

- Utilizar un lugar inadecuado como un pasillo, una habitación con constantes entradas y salidas de gente, una sala de espera con mucha gente, un despacho donde el teléfono suena constantemente.
- Elegir un momento inadecuado, sea porque el paciente y/o el farmacéutico estén con algún problema emocional o no se disponga de tiempo para atender al paciente.

- Utilizar verbos que indiquen:
 - _acusar: “Eso tenías que haberlo pensado antes”
 - _amenazar: “Con esa actitud no vas a mejorar nada”
 - _exigir: “A partir de ahora lo que vas a hacer es...”
- Utilizar frases del tipo “deberías” o “tienes que”.
- Utilizar el sarcasmo y/o la ironía
- Poner etiquetas “No seas hipocondríaco...”
- Generalizar (todo, nada, siempre, nunca, jamás, imposible...)
- Ignorar los mensajes verbales y no verbales del paciente: si el paciente empieza a mirar hacia la puerta o la hora en su reloj, ¿que le estará comunicando al profesional?
- Juzgar, “Esto que usted hace es incomprendible”.
- Menospreciar los argumentos, miedos y temores del paciente
- Dar la información enfatizando los aspectos negativos como por ejemplo “No estamos consiguiendo lo que queríamos y además...”
- Utilizar un lenguaje poco adaptado al paciente (15).

CAPITULO IV

COMUNICACIÓN

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Eric Berne desarrolló en su teoría del análisis transaccional un tipo de psicoterapia que concibe la personalidad de cada individuo como la fusión de tres estados diferentes del yo: el padre, el adulto y el niño. Durante la comunicación aparece una transacción entre ellos, ya que todo el mundo puede reaccionar de acuerdo con estos tres estados. Lo ideal es que las dos personas que se relacionan se comuniquen en el estado del yo adulto, que conlleva a una respuesta más analítica, permite razonar las decisiones o considerar las consecuencias de los actos. Una relación adulto-adulto conlleva a que el paciente se responsabilice de su salud, con lo que conseguiremos que cumpla los acuerdos adoptados en las entrevistas. (4)

El objetivo de la terapia del análisis transaccional, es desarrollar la capacidad decisoria del yo adulto en oposición al yo infantil y paternal. (7)

COMUNICACIÓN VERBAL (CV)

La comunicación verbal se define como nuestro modo de expresarnos con palabras y es el instrumento básico de la comunicación personal. La comunicación "cara a cara", evidentemente, es la propia y característica de la oficina de farmacia y sus elementos son:

- La voz.
- El lenguaje.
- El silencio.
- La sonrisa.(6)

La voz es el elemento básico de la expresión oral. La voz tiende a generar en el receptor, de modo generalmente inconsciente, diversas reacciones psicológicas. Hay tres aspectos básicos a cuidar cuando utilizamos la voz:

- Entonación
- Articulación
- Ritmo(6)

La entonación hace referencia a las inflexiones de la voz según el sentido de lo que se dice, la emoción que se expresa y el estilo o acento del que habla. Para usar correctamente la entonación se debe:

- Remarcar las palabras importantes con una subida de tono.
- Cambiar de tono de vez en cuando para evitar la monotonía o el aburrimiento.
- Transmitir cortesía, dinamismo, amabilidad y no cansancio o mal humor.
- Adaptar el tono a las circunstancias del paciente y de la farmacia.(6)

La articulación es la pronunciación clara y distinta de las palabras, no debe "comerse" ninguna letra, sílaba, ni aún menos, palabras. (6)

El ritmo se refiere a la velocidad con la que emitimos las palabras. El ser humano es capaz de entender y asimilar un determinado número de palabras por unidad de tiempo, lo que exceda de éste número se pierde y no es captado por el paciente. En todo caso, siempre hay que considerar el ritmo de nuestro paciente y de sus circunstancias y adaptarnos a él. (6)

El farmacéutico debe también de saber "jugar" hábilmente con **el silencio**. El uso y manejo del silencio es todo un arte en comunicación. Los momentos de silencio tienen funciones en la comunicación oral:

- Escuchar al interlocutor.
- Subrayar la importancia de palabras o frases.
- Demostrar asombro o expectación.
- Forzar al paciente a dar una respuesta.

La sonrisa crea un clima agradable y genera empatía con el interlocutor. La sonrisa humaniza la conversación, además de personalizarla más. (6)

La comunicación cara a cara permite la utilización de técnicas no verbales de comunicación. Éste tipo de comunicación es la comunicación por excelencia y la forma más eficaz de expresión de que disponemos las personas para comunicarnos y tiene algunas ventajas, tales como:

- Permite utilizar, no solo expresiones faciales y gestos para clarificar el significado del mensaje, sino inflexiones de voz para enfatizar los puntos más importantes.
- Puede generar una reacción inmediata, ya que ambos, paciente y farmacéutico, pueden hacer preguntas durante la conversación para asegurarse que están comprendiendo de forma correcta los mensajes.
- El farmacéutico puede modificar el mensaje o el modo de expresarlo, si comprueba que no está llegando de manera correcta al paciente. Aquí es posible centrar la entrevista en un punto particular, repetir o destacar lo que se considere importante o necesario.(6)

Durante la entrevista hay una serie de sugerencias que de ser tomadas en cuenta pueden maximizar los resultados positivos obtenidos en ésta. La sonrisa inicial y mantenerla con naturalidad y sentido común durante el desarrollo de la entrevista, elimina las barreras psicológicas y consigue que el paciente se "abra" a nosotros.

El buen entrevistador, además, se centra en el propósito de la entrevista, en crear un clima adecuado propicio para que el paciente hable, para que en el proceso de comunicación, farmacéutico y paciente sean parte activa y dinámica. Esto se logra fácilmente con unos silencios adecuados y oportunos. El silencio del farmacéutico genera en el paciente la necesidad de hablar, genera respuesta.

Se debe procurar crear empatía con el paciente, manifestando nuestra solidaridad y nuestro conocimiento de sus sentimientos, emociones y preocupaciones. No interrumpir al paciente y tardar siempre unos segundos en contestarle, puede provocar que el paciente nos aporte más información.

Repetir lo que diga el paciente, con la finalidad de lograr retomar algún punto de la entrevista de especial interés para el farmacéutico. Se debe preguntar directamente al paciente sobre determinadas cuestiones o conceptos. Preguntar al paciente es una de las únicas fórmulas posibles para conseguir que se genere la "retroalimentación" o información de retorno, básica para constatar que hemos sido comprendidos y que hemos comprendido.

La entrevista en la oficina de farmacia debe estar estructurada y controlada por el farmacéutico, debe ser cálida, concreta, respetuosa y generarse en un ambiente de auténtica empatía. El farmacéutico debe ser un entrevistador verbal y un conversador no verbal.

Antes de despedirnos del paciente y para finalizar la entrevista, es preciso adoptar una serie de medidas:

- El farmacéutico debe tener la precaución de escribir las recomendaciones, consejos, posología indicadas al paciente, puesto que uno de los aspectos por los que no se valora el consejo farmacéutico es por ser intangible.
- Resumir verbalmente los puntos principales tratados en la entrevista.
- Dar la opción al paciente de formular cualquier pregunta o duda final. Evitar que el paciente se marche "dejando algo en el tintero".
- Despedirnos siempre del paciente quedando a su disposición, por si desea consultarnos cualquier aspecto. (6)

TEORÍA DEL DOBLE LENGUAJE

Contrariamente al médico y sin menoscabo de éste, el farmacéutico siempre ha resultado un profesional más "cercano" psicológicamente al paciente. Dicho lo anterior podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que esa misma cercanía a la que aludíamos, también ha provocado un efecto contrario al deseado.

Precisamente por ese esfuerzo en ser comprendido, realizado por el farmacéutico, éste ha "disminuido" su nivel a la hora de usar términos técnicos o científicos, lo cuál, aunque pueda resultar paradójico, disminuye su credibilidad. La pregunta siguiente sería; ¿Qué postura adopto? Resultar más "creíble", ser más valorado como profesional sanitario, o cumplir con mi obligación de ser comprendido por el paciente y por tanto lograr la respuesta que espero de él, que cambie un hábito, que cumpla con un tratamiento, etc. (6)

La respuesta anterior sería sí a ambas cosas. Sabemos que la comunicación no verbal es clave en todo proceso de comunicación, por lo tanto tomemos en consideración la importancia de factores como el tono de la voz, el uso de pausas, silencios, etc.

El uso del término técnico "nos profesionaliza", pero, además y durante su verbalización, logramos captar la máxima atención del paciente y por tanto, su explicación (la explicación del significado del término técnico) es realmente captada, con lo que también logramos ser comprendidos. Si además intentamos aplicar técnicas de comunicación no verbales el éxito será manifiesto. (6)

No olvidemos que por "término técnico", entendemos el uso de dos o tres palabras, nunca más, puesto que lograríamos el efecto contrario al deseado: "desconectar al paciente".

El uso de esta estrategia, el doble lenguaje, debería formar parte habitual de nuestros procesos de comunicación con el paciente, se trata de adecuarnos a la utilización de términos técnicos en nuestras entrevistas diarias y de recordar su acompañamiento no verbal.(6)

COMUNICACIÓN NO VERBAL (CNV)

Como comunicación no verbal, CNV, se entiende nuestro modo de expresarnos a través de la globalidad de nuestro cuerpo.

La comunicación no verbal es un proceso en el que intervienen las palabras, el tono de la voz y los movimientos del cuerpo. Tan sólo un 7% de la información que extraemos de una conversación nos llega a través de las palabras, pues bien, un 38% proviene del tono de la voz y un 55% del lenguaje corporal.(6)

La CNV reafirma, por tanto, la CV. Se ha descubierto que el gesto no verbal puede ser más sincero que la palabra hablada. Por ello la palabra va en apoyo del gesto y no al contrario. Todos los gestos deben considerarse dentro del contexto en que se producen y en congruencia entre lo que se dice y aquellos.

Observar y aprender a reconocer los gestos es bastante simple, pero interpretarlos puede ser algo más difícil. Tengamos en cuenta que la CNV se emite, esencialmente para ser "sentida" por nuestro interlocutor y no para ser "comprendida".(6)

CAPITULO V

RESULTADOS DE LA FASE PILOTO DEL PROGRAMA DÁDER

Antes de darle mayor proyección a la metodología Dáder del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico (STF) el Grupo en Investigación en Atención Farmacéutica decidió empezar con una fase piloto durante 3 meses, de enero a marzo del 2000.

Metodología

El grupo investigador seleccionó un grupo de farmacéuticos comunitarios, considerado como experimentado en Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, se les entrenó en el uso de la documentación diseñada y se les pidió que realizaran seguimiento a pacientes con la metodología Dáder (13).

Los farmacéuticos debían remitir las hojas de intervención al Grupo de Granada por cualquier medio posible: fax, correo postal, e-mail y al final del plan piloto se hizo una reunión con todo los participantes para que aportasen sugerencias para mejorar la metodología o los documentos de registro (3).

Resultados

Se reclutó a 48 farmacéuticos para participar en el estudio; se le brindó el servicio de STF a 174 pacientes y se remitieron a Granada 194 hojas de intervención farmacéutica, correspondientes a 94 paciente distintos (13).

Si bien la clasificación de PRM's para cuando se hizo este estudio era diferente a la actual (redacción diferente de cada PRM y el PRM 6 actual era el PRM 5 de ese entonces y viceversa), es importante anotar el tipo de PRM's encontrado en este piloto (13)

- ❖ Necesidad – 31%
 - _PRM 1: 22.2%
 - _PRM 2: 8.8%

- ❖ Efectividad – 32.9%
 - _PRM 3: 14.9%
 - _PRM 4: 18%

- ❖ Seguridad – 36.1%
 - _PRM 5: 8.8%
 - _PRM 6: 27.3%

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio
INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

Discusión

Durante los 3 meses de esta fase piloto se intervino sobre PRM en el 54% de la población en seguimiento. El programa Dáder solo tiene en cuenta los PRM's sobre los que se interviene, **NO** el total de PRM detectados. Dejando de un lado los PRM's no manifiestos o potencial, el farmacéutico tampoco debe intervenir sobre todos los PRM's detectados, sino que debe priorizar sus actuaciones (13).

Existen muchas clasificaciones para PRM, pero comparando la del Piloto Dáder, y las de Cipolle para 1998 (8 PRM's) y para el 2000 (7 PRM's), ajustando estas dos a 6 PRM's se obtuvo la siguiente distribución de PRM encontrados (13).

Tabla #4. Distribución de PRM's encontrados según la clasificación utilizada

Tipo de PRM	Cipolle 1998	Cipolle 2000	Plan piloto Dáder I Consenso de Granada
Necesidad	34.5%	34.7%	31.0%
Efectividad	34.6%	33.8%	32.9%
Inseguridad	30.9%	31.5%	36.1%

ANEXOS

IMPRESOS METODOLOGÍA DÁDER DEL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Anexo #1
Historia Farmacoterapéutica

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

DEL

PACIENTE NÚMERO: / /

NOMBRE:

FECHA:

PRIMERA VISITA

Número de paciente: / /

Preocupaciones/Problemas de Salud Controlado / Inicio

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

BOLSA CON MEDICAMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

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:

OTROS DATOS DEL PACIENTE

- Teléfono:
- Dirección:
- Profesión:
- IMC:
- Médico de cabecera:
- Médicos especialistas:
- Año nacimiento:

MINUTOS:

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

Anexo #3

Intervención farmacéutica

Paciente n° : / /

Fecha de inicio:

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¿Cuáles?

QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

VÍA DE COMUNICACIÓN:

1. Verbal farmacéutico – paciente
2. Escrita farmacéutico – paciente
3. Verbal farmacéutico – paciente – médico
4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

RESULTADO:

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

¿QUÉ OCURRIÓ?

N°MEDICAMENTOS QUE ESTABA TOMANDO (a la fecha de la intervención):

N°VISITAS ANTERIORES A LA RESOLUCIÓN:

Fecha fin de la IF:

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faus Dáder, M. J., Introducción a la Atención Farmacéutica, Curso de Posgrado, Introducción Práctica a la Atención Farmacéutica, Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica. Universidad de Granada, España, 2001.
2. Faus Dáder, M. J., y colaboradores, Programa Dáder, Seguimiento Farmacoterapéutico, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada, España, 2001.
3. Machuca, M, Fernández-Llimós, F, Respuestas sobre Atención Farmacéutica,(Seguimiento del Tratamiento Farmacológico). Granada, España, 2001.
4. Faus, M. J., Fernández-Llimós, F, Martínez-Romero, F, Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Casos Clínicos, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, 1ª edición, Barcelona, España, septiembre de 2001.
5. Martín Sobrino, N, Díez Rodrigálvarez, MV, Consenso Sobre Atención Farmacéutica, Ministerio De Sanidad y Consumo, 1ª edición, Centro de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España, 2001.
6. Martínez Lozano, M, Atención Farmacéutica Aplicada, Modulo IV, La Oficina de Farmacia como un Gran Proyecto de Comunicación, Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid, España, 2001.
7. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 1990.47: 533-543. Traducción al español por Pharm Care Esp. 1999. 1: 35-47.
8. Faus MJ. Curso 2. Concepto y evolución del tratamiento farmacológico a pacientes. El Farmacéutico. 2002. 274: 48-54.
9. Espejo J, Fernández-Llimós F, Machuca M. Problemas relacionados con medicamentos: Definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. Pharm Care Esp. 2002. 4:122-127
10. Fernández-Llimós F. Curso 3. Problemas relacionados con medicamentos – Conceptos, clasificación. El Farmacéutico. 2002. 275: 54-61.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. 2001 Madrid, España.

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

12. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, Grupo de Investigación en Farmacología Aplicada y Farmacoterapia de la Universidad de Sevilla y el Grupo de Investigación en Farmacología de Productos Naturales de la Universidad de Granada. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica. 2002. 43(3-4): 175-184
13. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia M et al. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico-Resultados de la Fase Piloto. Ars Pharmaceutica. 2001. 42(1): 53-65.
14. Machuca M, Martínez-Romero F y Faus MJ. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp. 2000. 2: 358-363.
15. Bimbela JL y Gorrotxategi M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente: el caso de la diabetes. 2001. Escuela Andaluza de Salud de Pública, Granada. España.
16. Machuca M, Fernández-LLimós F y Faus M. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico. GIAF-Universidad de Granada. La Gráfica S.C. And. Granada.2003.

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio

INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr

**Obras publicadas por el CIMED pertenecientes a la
Serie de Actualización Profesional (SAP)**

SAP 2000

- Sustitución Terapéutica - Agosto
- Nuevas Alternativas en Antibioticoterapia 2000 - Setiembre
- Tuberculosis - Setiembre
- Diabetes mellitas - Octubre
- Plantas Medicinales Vol I - Octubre

SAP 2001

- Esclerosis múltiple y su tratamiento - Enero
- Apósitos hidrocoloides: su importancia en la curación de heridas - Marzo
- Antinflamatorios no esteroideos (AINE's) – Junio
- Hipertensión arterial: Fisiopatología y Tratamiento - Noviembre
- Enfermedades Infectocontagiosas prevenibles por vacunación - Diciembre

SAP 2002

- Dislipidemias: Fisiopatología y Abordaje y Terapéutico - Febrero
- Afecciones dermatológicas - Marzo
- Plantas Medicinales Vol II - Mayo
- Afecciones gastrointestinales Vol I, II y III – Agosto
- Nutrición Infantil - Octubre
- Obesidad – Diciembre

Otros

- Folleto de Farmacia de Comunidad I – Setiembre 2002
- Folleto de Farmacia de Comunidad II – Marzo 2002

Serie de Actualización Profesional 2003

CIMED-Centro Nacional de Información de Medicamentos, 20 años a su servicio
INIFAR-Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica.

Teléfonos: (506) 207 5495 – 207 3330 – 207 3313. Fax: (506) 207 5700. Email: cimeducr@cariari.ucr.ac.cr