



ACADEMIA DE FARMACIA DE GALICIA

Discurso de Ingreso
como Académico Correspondiente

PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN
LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A LOS
PACIENTES CRÓNICOS

ILMO. SR. DR. JOSÉ ANTONIO FORROS PÉREZ



Santiago de Compostela, Marzo de 2011

PRÓLOGO

Excelentísimo Sr. Presidente
Excelentísimos e Ilustrísimos Sras. y Srs. Académicos
Señoras y Señores
Queridos amigos:

Me gustaría comenzar este preceptivo discurso con la expresión de mi más profundo agradecimiento a todos los Srs. Académicos por concederme el honor de elegirme para compartir con ellos las tareas de esta joven Academia. *Fons artis sanandi* es su lema, y formar parte de este manantial de profesionalidad que debe abrir caminos y servir de referencia para mejor contribuir a la salud de nuestros conciudadanos, será para mí un honor y un compromiso permanente.

Todos somos una pequeña parte de nosotros mismos y una gran parte de todos aquellos de los que hemos aprendido. Y yo he tenido la inmensa suerte de estar siempre rodeado de personas fabulosas que me han enseñado lo que sé.

Cuando en aquel reducido curso de 1973, entré en el nuevo edificio de la facultad de Farmacia de Santiago, no lo hacía por vocación. Tenía entonces, un conocimiento superficial de la profesión farmacéutica, que identificaba obviamente con la oficina de farmacia, el mismo que, aún ahora, tiene la mayoría de la sociedad. Yo no iba para farmacéutico, de hecho, soy el primer farmacéutico de mi familia y, a ellos, a mi familia y en especial a mi padre, les debo esa impagable oportunidad.

En los cinco años que duraron mis estudios de licenciatura, tuve la suerte de contar con excelentes profesores, de los que muchos están aquí presentes y a los que doy las gracias por transmitirme los conocimientos de múltiples y variadas materias que componen la Licenciatura en Farmacia y por contribuir de forma decisiva a formar en mí un sentido “científicamente crítico”. En especial al profesor Dr. D. Antonio Martínez, eminente parasitólogo, del que aprendí que

cualquier materia, por difícil o menos grata, es una fuente de conocimiento maravillosa.

En esos años de Facultad, dedicaba la mayor parte de mi formación académica al aprendizaje práctico. Estuve, como alumno interno, en los departamentos de química orgánica, fisiología, microbiología y parasitología y, en otros como alumno “tutor de prácticas” de mis compañeros de curso y de cursos posteriores. En el departamento de Parasitología realicé la tesina y dejé comenzada la tesis, cuando me casé con la mujer a la que debo TODO lo que soy y comencé mi vida profesional en el año 1981 como analista clínico, en Carballo, consiguiendo posteriormente la especialidad.

En 1985 me trasladé a Cangas de Morrazo, empezando mi labor como farmacéutico comunitario y entré en 1987 como vocal en la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra, bajo la presidencia primero de D. Bernardo Borrajo Pereiro y después de D. Luis Amaro Cendón. En ella, estuve ininterrumpidamente hasta el año pasado 2009. Mi etapa colegial ha sido, con toda seguridad, la más fructífera en cuanto a mi formación como farmacéutico. He aprendido de todos mis compañeros de junta y en especial del Dr. Floro Andrés Rodríguez, con el que comparto inquietudes profesionales, científicas, humanas, deportivas... y ahora académicas. Para ti, Floro, mi más profundo respeto, admiración y cariño.

En este tiempo he cursado los estudios de Ciencia y Tecnología de los Alimentos, he comenzado el doctorado en la Universidad de Santiago, que tengo pendiente de terminar y, he cursado y me he doctorado por la Universidad de Vigo.

He intentado y seguiré intentando, con la ayuda de mi familia, mis amigos, de mis compañeros del grupo Berbés y de todos vosotros, profundizar en el conocimiento científico y humanista, con más ímpetu, si cabe, gracias a vuestro apoyo.

1. Introducción

1.1. Relevancia social de las enfermedades crónicas

En los dos últimos siglos se ha producido una marcada disminución de las tasas de mortalidad con el aumento de la longevidad de la población. La conjunción de mejoras en el saneamiento, en las condiciones generales de vida, especialmente de la nutrición, desde finales del siglo XIX y durante el siglo XX y la generalización de la disponibilidad del uso de los medicamentos, ha producido un acusado cambio en las causas de muerte, pasando a ser preponderantes las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y el cáncer, mientras que disminuyen las enfermedades agudas, infecciosas o transmisibles.

En la España de los primeros años del siglo XX, ocho de las diez primeras causas de muerte se debían a enfermedades infecciosas, mientras que a principios del siglo XXI sólo una de las diez primeras era originada por ese tipo de enfermedades. Este cambio en el patrón de mortalidad, junto al incremento de la esperanza de vida, que en nuestro país es en la actualidad de casi 79 años en el hombre y 84 años en la mujer, ha dado lugar a un gran aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y neurodegenerativas.

Se produce también un incremento de la presencia de pluripatologías, cuya prevalencia oscila desde el 17% hasta más del 50% de los adultos (*Walker 2007, Wilper y cols. 2008*) y que hace que aumente la mortalidad en relación directa con el número de patologías crónicas por paciente. Un estudio en EEUU con individuos de entre 55 y 64 años mostró una tasa de mortalidad a 5 años que aumentaba del 8% entre las personas con dos enfermedades, al 11% entre las que padecían tres, hasta llegar al 17% entre las que tenían cuatro o más (*Lee y cols. 2007*).

En la actualidad (*Jadad y cols. 2010*), las enfermedades infecciosas siguen manteniendo una elevada importancia en muchos países subdesarrollados, pero se está incrementando la frecuencia de

enfermedades crónicas. Y ya en casi todo el mundo las muertes por este tipo de dolencias superan al resto de causas.

Las enfermedades crónicas son un conjunto amplio de enfermedades (que ocasiona una alta prevalencia y mortalidad) caracterizadas por el elevado tiempo que precisan para establecerse (periodo de latencia), sus múltiples y posibles causas, a veces desconocidas, y cuyo análisis epidemiológico y de intervención suelen ser comunes.

En el mundo las enfermedades crónicas ocasionan más del 59% de las muertes, una elevada prevalencia de morbilidad y discapacidad, y más del 46% de los costes de la atención sanitaria (*WHO 2010*).

- **Las enfermedades crónicas son la mayor causa de muerte e incapacidad a nivel mundial:**
 - 59% del total de muertes, 46% gasto global sanitario
 - 60% del total de enfermedades en 2020
 - Afectan en mayor medida a países en vías de desarrollo (80%)
 - Efectos a todos los niveles (salud, económicos, familiar, nacional)
- **La mayor parte de las enfermedades crónicas son ocasionadas por un reducido conjunto de factores de riesgo:**
 - Modificables y por lo tanto prevenibles
 - Alta comorbilidad, 65% de crónicos padecen 2 o más problemas crónicos
 - Desconocimiento de pautas de actuación en pacientes con comorbilidad
 - Sólo 10% diagnosticadas (90% enfermedad oculta)
- **La adaptación al paciente crónico de los modelos sanitarios no está bien resuelta:**
 - Provisión de servicios en estados agudos o episódicos (modelo reactivo)
 - Necesidad de orientación a la prevención y atención continuada e integral al paciente en condiciones crónicas (modelo proactivo)

Figura 1. Características principales de las enfermedades crónicas

Entre las enfermedades crónicas más relevantes se encuentran las enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (que algunos expertos consideran

enfermedad cardiovascular). También se incluyen las enfermedades mentales, las osteomusculares o las neurodegenerativas.

Las enfermedades cardiovasculares ocuparán 2 de las 4 principales causas de carga de la enfermedad en el mundo. La depresión es también una causa destacada, y además se ha observado la coexistencia de condiciones crónicas y la depresión (*Fornos y cols. 2010*).

En conjunto, las enfermedades crónicas suponen una carga de sufrimiento creciente en la población mundial con efectos adversos en términos de muerte prematura, pérdida de calidad de vida, así como efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Su estudio es más difícil y complejo por la distancia temporal entre las posibles causas y la aparición de las mismas. Además, la valoración o vigilancia de la magnitud del problema ha sido menor que el de las enfermedades infecciosas

Las fuentes de información más útiles para estudiar la morbilidad de estas enfermedades son los registros de base poblacional, que permiten estimar la incidencia de estas enfermedades en una comunidad, como es el registro de cáncer. Otras fuentes de información pueden ser los estudios de utilización de medicamentos (EUME) realizados por los farmacéuticos (*Álvarez Luna y cols. 2008, Fornos y cols. 2010*) o la morbilidad percibida por la población a través de las encuestas de salud que se elaboran periódicamente, en nuestro país por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

En cuanto a la gestión de las enfermedades crónicas, debido a las diferencias existentes entre los sistemas sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas, se requiere un modelo organizativo concreto para cada una de esas patologías, que sirva de guía y, teniendo en cuenta que el paciente crónico es el elemento central de todo el cambio de modelo de gestión, su implicación es imprescindible. Para ello, el sistema sanitario debe desarrollar nuevas vías de sensibilización, nuevas y más efectivas formas de educación terapéutica, y nuevas herramientas orientadas a apoyar al paciente en todo momento y circunstancia, a lo largo de su proceso de cronicidad. Por tanto, el tratamiento al paciente crónico debe partir de un equipo multidisciplinar, en el que debe estar integrado el farmacéutico (*Bucci y cols. 2003*). Por ello es importante determinar

los roles de cada profesional con el objetivo de que el paciente vaya cobrando un mayor protagonismo y responsabilidad en la gestión de su enfermedad.

1.2. Farmacoterapia y esperanza de vida

En los últimos 50 años las características de la población han cambiado más que en los 20 siglos anteriores. La esperanza de vida al nacer en España (*INE 2010*) se acerca hoy en los hombres a los 79 años y en las mujeres a los 85, siendo ligeramente menor que la media nacional en aquellos y ligeramente superior en éstas.

		1991	1999	2009
España	H	73,50	75,41	78,17
	M	81,16	82,29	84,27
Galicia	H	73,08	75,40	77,66
	M	80,58	82,77	84,66

Figura 2. Evolución de la esperanza de vida en los últimos 20 años

En consecuencia la estructura poblacional se ha modificado, incrementándose el porcentaje de personas de edad avanzada, con el consiguiente aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas (*INE 2010*).

	1979	1989	1999	2009
España	11,1 %	13,1 %	16,5 %	16,8 %
Galicia	13,9 %	15,7 %	19,8 %	21,8 %

Figura 3. Evolución del porcentaje de personas mayores de 64 años

Desde el punto de vista *económico*, el medicamento es un bien de consumo. Es un producto, como cualquier otro bien material que posee valor para el consumidor o usuario, es susceptible de satisfacer una demanda y reporta un ingreso monetario a los que intervienen en la cadena (industria, distribución, prescripción y dispensación), al mismo tiempo que genera un gasto para la entidad gestora.

Las modalidades y razones del consumo de medicamentos están condicionadas por diversos factores interrelacionados, entre los que

cabe mencionar: la prevalencia de enfermedades, las políticas sanitarias de las administraciones, las actividades de promoción de la industria farmacéutica, las prácticas terapéuticas y de prescripción médica, la actitud de los pacientes en su relación con los médicos, la percepción de la población en relación a las propiedades de los medicamentos, los recursos económicos de las personas, la disponibilidad de fondos públicos y privados para su adquisición y distribución. Su utilización está determinado también por aspectos culturales y por otras características específicas de la población consumidora como es que a partir de los 75 años la prevalencia de estas patologías crónicas se incrementa notablemente (a partir de esa edad un porcentaje superior al 50% padece cuatro o más enfermedades crónicas) y aumenta, por tanto, la prescripción del número de fármacos.

En la actualidad, más de la mitad de los recursos sanitarios se destinan a la atención de las personas mayores de 65 años, y en torno al 80% del gasto sanitario está producido por las enfermedades crónicas. La selección de los medicamentos para tratar estas enfermedades debería realizarse considerando, en primer lugar los aspectos farmacoterapéuticos, sanitarios y sociales y en segundo lugar, los de carácter económico, industrial, financiero y comercial, y no al revés.

Las guías farmacoterapéuticas, utilizando los principios de la MBE (medicina basada en la evidencia), deberían tenerse en cuenta a la hora de establecer la selección de la farmacoterapia de las enfermedades crónicas y la educación sanitaria de los pacientes. En ellas, es imprescindible la intervención del farmacéutico a través de sus sociedades científicas farmacéuticas en colaboración con otras sociedades científicas médicas que tengan que ver en cada patología concreta (*Menéndez y cols. 2010*).

El suministro de medicamentos, desde el punto de vista administrativo, tiene como finalidad garantizar a toda la población la disponibilidad, asequibilidad y uso racional de medicamentos en condiciones óptimas de calidad, seguridad y eficacia. Por tanto, se debería comenzar por determinar las necesidades sanitarias de la población, investigación y desarrollo de los medicamentos, prescripción, distribución, dispensación y por último, uso racional de ellos. El farmacéutico podría y debería intervenir en todas las fases.

El uso racional de los medicamentos (URM), se planteó como estrategia farmacéutica de la OMS, en la Conferencia de Nairobi en 1985, (*WHO 2001*) estableciendo la necesidad de que los distintos sistemas sanitarios garanticen la **disponibilidad** y **accesibilidad** de medicamentos de calidad, **seguros** y **eficaces** a todos los sectores de la población, la promoción de buenas prácticas de prescripción y dispensación, así como el **uso adecuado** por parte del paciente.

En la actualidad, basándose en los conceptos de NECESIDAD, EFECTIVIDAD y SEGURIDAD (y probablemente ya mismo, en EFICIENCIA) de los medicamentos, las distintas sociedades científicas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el documento FORO (*Foro 2008*), definieron la 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 sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades”*.

1.3. El paciente del siglo XXI

“El paciente del siglo XXI es el paciente crónico” Dr. Hasteld Holman, médico. *JAMA 2005*.

“El camino del paciente se traduce en un cambio de actitudes desde la pasividad hasta la actividad responsable, pasando por la impaciencia”. Albert Jovell, médico y paciente. *Foro Español de Pacientes 2005*.

Desde siempre la relación clínica gira alrededor del profesional sanitario como elemento fundamental de la misma. Esta forma de comprender la alianza terapéutica viene dictada por la tradición; responde, por tanto, a una configuración histórica de muchos siglos y estaba adaptada a las necesidades y al entorno de la sociedad.

La situación descrita se plasmó en los códigos deontológicos como expresión de la ciencia sanitaria durante muchos años y, posteriormente, como no podía ser de otra manera, se tradujo en proyecciones normativas, tanto en el ámbito del derecho privado como en los del derecho público. Un modelo claramente paternalista.

Sin embargo, desde hace cierto tiempo, al principio beneficente, establecido por la tradición hipocrática y traducido después en normas éticas y deontológicas, hay que añadir otro nuevo: el **principio de autonomía**, como pieza clave para el recto entendimiento de las relaciones sanitarias, que poco a poco va impregnando los diferentes órdenes bioético y jurídico.

Podemos decir que en el primer caso, donde el médico es el eje de la situación (modelo vertical), la información pasa a un segundo plano, porque lo importante es el bienestar del paciente. En el segundo supuesto, (el paciente como centro de decisión), la información pasa a primer plano y sirve para que se pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Es fundamental, no solo la información recibida por el paciente sino también, el modo de informar. Este modelo necesita un lenguaje comprensible, no un lenguaje hermético y poco accesible. La información es aquí para el consentimiento, para la autodeterminación, para consolidar libremente una voluntad.

El principio de autonomía ha ido desplazando del ámbito sanitario, mucho más lentamente que en otros ámbitos no sanitarios, al principio de beneficencia, existiendo en la actualidad una interacción entre ambos, aunque con predominio de la libre decisión de los pacientes en la conformación de sus relaciones. Es decir, se ha desplazado el centro de imputación de la relación, que ahora tiene como eje principal al paciente, de manera que se está colocando como centro del sistema sanitario.

La ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, incluye entre los principios básicos que *“todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”*, y que *“la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida”*.

El ejercicio profesional del farmacéutico en el acompañamiento del uso de los medicamentos por el paciente, es decir, la Atención Farmacéutica se establece sobre la base de esa autonomía y lejos de todo paternalismo.

2. La Farmacia en el siglo XXI

2.1. Resultados negativos de los medicamentos

El reconocimiento de la existencia de problemas derivados del uso de medicamentos (PRM) se remonta a más de 40 años (*Brodie 1967*), con denominaciones, definiciones y clasificaciones que han ido (y probablemente seguirán) variando a lo largo del tiempo (*Bergman y cols. 1981, Strand y cols. 1999, Panel de Consenso 1999*). En un reciente estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (*APEAS 2008*), el 47,8% de los efectos adversos de la atención sanitaria ha consistido en problemas con la medicación.

Los estudios realizados en el ámbito hospitalario en visitas a urgencias, ingresos etc. (*Baena y cols. 2002, Baena y cols. 2005, Baena y cols. 2006, Otero-López 2006, Calderón y cols. 2005, Calderón 2007*), ponen de manifiesto que la mayoría de los RNM detectados son susceptibles de ser evitados, llegando a alcanzar cifras hasta de un 70%, mediante la detección y resolución, en las farmacias comunitarias, de las causas que pueden provocarlos (PRM) (*Durán y cols 1999, Dualde 1999, Martínez Romero y cols. 2001, Barris y cols. 2003, Vázquez y cols. 2004, Andrés Jácome y cols. 2004, Fornos 2006*), contribuyendo a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes (*Pickard y cols. 2006*) y a un ahorro importante en costes sanitarios (*Classen y cols. 1997, Ernst y cols. 2001*).

Existen también numerosos estudios (*Raschetti y cols. 1999, Alonso y cols. 2002, Martin y cols. 2002, Pirmohamed y cols. 2004, Calderón y cols. 2005*), que evalúan las causas de la aparición de problemas de salud relacionados con los medicamentos. Entre los primeros en España el que nuestro grupo Berbés realizó en 2002, analizando 304 causas de resultados negativos encontrando que debían tenerse en cuenta, por su frecuencia de aparición: los problemas de salud no tratados o no diagnosticados, los medicamentos mal seleccionados, inadecuados o no indicados, la mala utilización de los mismos, las dosis inadecuadas y las reacciones adversas a los medicamentos (*Fornos y cols. 2002*).

Algunas de estas aportaciones fueron tomadas en consideración para la clasificación de PRM.

En la actualidad, siguiendo los criterios del Tercer Consenso de Granada de 2007 (*Panel de Consenso 2007*), en el documento FORO 2008, los PRM se definen como: “*Aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de medicamentos (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM*”.

Los PRM que pueden inducir el fallo de la farmacoterapia se agrupan en función de su frecuencia:

LISTADO DE PRM
<ul style="list-style-type: none">• Administración errónea del medicamento• Características personales• Conservación inadecuada• Contraindicación• Dosis, pauta y/o duración no adecuada• Duplicidad• Errores en la dispensación• Errores en la prescripción• Incumplimiento• Interacciones• Medicamento no necesario• Otros problemas de salud que afectan al tratamiento• Probabilidad de efectos adversos• Problema de salud insuficientemente tratado.• Otros

Figura 4. Listado no exhaustivo de PRM

En el documento de FORO de 2008, se definieron los resultados negativos asociados a los medicamentos como: “*Los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos*”.

Se clasificaron como:

- RNM de *Necesidad*:

- Problema de salud no tratado: El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir un medicamento que necesita.

- Efecto de medicamento innecesario: El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.

- RNM de *Efectividad*:

- Inefectividad no cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad no cuantitativa de la medicación.

- Inefectividad cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inefectividad cuantitativa de la medicación.

- RNM de *Seguridad*:

- Inseguridad no cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.

- Inseguridad cuantitativa: El paciente sufre un problema de salud asociado a una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

Sabemos que no todos los RNM son detectados como tales. De los detectados muchos son tratados en atención primaria y no están cuantificados económicamente. De los que se detectan y tratan en los hospitales, que suponen una minoría, existen numerosos estudios económicos en Estados Unidos (*Ernst y cols. 2001, McDonnell y cols. 2002*) y algunos en España (*Calderón 2007*), barajándose en ellos distintas cifras. De todas formas, basta un dato ilustrativo: en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (población asistencial 350.000 habitantes), en un período 6 meses (septiembre de 2005 hasta febrero de 2006), se invirtieron 213.452,48 euros en tratar a pacientes con RNM que ingresaron en urgencias (*Calderón 2007*). Si extrapolásemos esos datos a la población gallega, el gasto anual en tratar los RNM detectados en los servicios de urgencias hospitalarios, sería de más de 3,5 millones de euros.

A pesar del coste en salud de la aparición de los RNM y sus repercusiones económicas, en España, desde la farmacia comunitaria, en la que numerosos estudios, como hemos visto, demuestran la posibilidad de detección y resolución de PRM para evitar los RNM, no observamos una apuesta decidida de la Administración en el apoyo e impulso de la implantación de estas actividades.

2.2. Servicios cognitivos en la farmacia comunitaria

A lo largo del siglo XX se produjeron numerosos acontecimientos en el mundo de los medicamentos que marcaron profundos cambios en la manera de ejercer la Farmacia. Vistos desde la perspectiva ya del siglo XXI se advierten como una auténtica revolución, una transformación radical, pero para quienes estamos viviéndolos, al menos algunos de ellos, en los últimos 30 años podemos percibirlos como una evolución, que no ha terminado, que a veces parece lenta y todavía no se ve con total claridad hacia donde nos lleva.

Durante muchos siglos el farmacéutico se había dedicado a estudiar a fondo las materias primas, vegetales, animales o minerales, activas o inertes; se había ocupado de su búsqueda, obtención, manipulación, conservación y transformación en las fórmulas magistrales que constituían remedios más o menos eficaces para los problemas de salud. Su ejercicio profesional garantizaba la pureza y calidad de los preparados de acuerdo con los formularios y farmacopeas en vigor.

Con la revolución industrial a finales del siglo XIX los farmacéuticos de oficina de farmacia pasaron a desempeñar funciones de dispensación y consejo, quedando como actividad residual la elaboración de fórmulas magistrales.

Paralelamente se ha producido, también progresivamente un cambio en la denominación del lugar de trabajo, pasando de ser denominada como oficina de farmacia a conocerse como *farmacia comunitaria*. La primera hace referencia al local (oficina) y a las actividades que en ella se realizan (gestión y administración). En el segundo caso, supone una apertura al exterior, al paciente y a través de él, a la comunidad en la que está integrada y a la que sirve.

Durante la evolución de la *farmacia dispensadora* hacia lo que denominamos *farmacia asistencial*, más orientada al paciente, han ido definiéndose diferentes servicios que han venido en denominarse Servicios Cognitivos (*Cipolle y cols. 1998*).

Muchos autores han expresado su opinión sobre lo que debería entenderse como servicios cognitivos del farmacéutico (*Spruill y cols. 2003, Roberts y cols. 2003*). En Estados Unidos, una de las más actuales y que está en vigor es la de la “Academy of Managed Care

Pharmacy (*The Academy 2004*), que coincide con nuestra filosofía de la Atención Farmacéutica es la que los define como *aquellos que ayudan a asegurar que la terapia del paciente es apropiada, segura, efectiva y conveniente* y los divide en:

1. Pharmaceutical Care, que incluye programas de gestión del estado de la enfermedad.
2. Acuerdos de colaboración práctica de farmacéuticos con médicos.
3. Servicios dirigidos por farmacéuticos.

Quizás, en España quien mejor define los servicios cognitivos del farmacéutico es Gastelurrutia, en su tesis doctoral (*Gastelurrutia 2007*) y dice de ellos que son: “...servicios orientados al paciente y realizados por farmacéuticos que, exigiendo un conocimiento específico, tratan de mejorar el proceso de uso de los medicamentos o bien los resultados de la farmacoterapia”.

SERVICIOS COGNITIVOS ORIENTADOS A PROCESOS	SERVICIOS COGNITIVOS ORIENTADOS A RESULTADOS
Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) Programas de mantenimiento con metadona Cribados Controles de salud Dispositivos de ayuda al cumplimiento Educación para la Salud Consejo farmacéutico Revisión de la medicación Formulación magistral Mejora continua de la calidad	Terapia sustitutiva con nicotina (TSN) Farmacovigilancia. Gestión de la medicación (DSM). Programa de Anticoagulación (TAO) Seguimiento Farmacoterapéutico

Figura 5. Ejemplos de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria

Por desgracia, a día de hoy, estos servicios son:

- Nuevos servicios asistenciales, y todavía desconocidos por la inmensa mayoría de la población. No existe, por tanto, demanda.
- Son desconocidos por los médicos e incluso (a pesar de que se recogen en la legislación vigente) por la administración

sanitaria.

- No en todos ellos existen suficientes estudios que demuestren su efectividad y eficiencia.
- No todos los farmacéuticos están dispuestos a realizarlos.

En los últimos años se han llevado a cabo numerosos estudios (*Van Mil y cols. 2001, Plaza y cols.2003, Martin Calero y cols. 2004, Gastelurrutia y cols. 2004, Hidalgo y cols. 2005, Andrés y cols. 2006*) que intentan explicar los motivos (barreras) por los que los farmacéuticos son reticentes a la implantación de la atención farmacéutica y las actuaciones que la facilitarían (facilitadores), llegando a recomendar que:

1. La adaptación de la formación pregrado, elaborando un currículo orientado hacia actividades asistenciales y clínicas.
2. Orientación de la formación postgrado en el mismo sentido y haciéndola obligatoria.
3. Creación de departamentos universitarios de Farmacia Asistencial y apoyo a la investigación en ese campo.
4. Impulso desde todos los colegios profesionales, sociedades científicas, académicas, etc., a la implantación de servicios cognitivos en todos los ámbitos profesionales y especialmente en las farmacias comunitarias.
5. Sería conveniente que el Consejo Interterritorial de Sanidad adoptase medidas que puedan cohesionar el sistema de planificación de las farmacias, con el objetivo de conseguir farmacias de tamaño suficiente que permitiesen la implantación de la atención farmacéutica y que exigiese la elaboración de leyes y normas que lo respaldasen
6. Sería conveniente mejorar la relación con otros colectivos de profesionales de la salud mediante trabajos conjuntos.
7. Sería conveniente la progresiva instauración de los servicios, para conseguir el cambio en la percepción que los pacientes tienen de las funciones que esperan del farmacéutico.

En cuanto a la formación clínica del farmacéutico, tenemos fundadas esperanzas en los cambios porcedentes del plan de Bolonia, en la formación de cátedras mixtas (Universidad/Instituciones profesionales) de Farmacia Asistencial, en la exigencia de unas prácticas tuteladas de calidad, etc. que acerquen la formación universitaria a las verdaderas necesidades del ejercicio profesional en la farmacia comunitaria.

2.3. Continuidad en la asistencia al paciente crónico

Es urgente profundizar en la modificación de la cartera de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria para adaptarla a la realidad actual y a las perspectivas de futuro de la asistencia sanitaria ya que, tal como está planteado por la Organización Mundial de la Salud (*WHO 1985*), la meta de cualquier programa de atención al enfermo crónico, es lograr una adecuada calidad de vida, tanto a corto como a largo plazo, en lo que respecta a los aspectos físico, mental e interacción social.

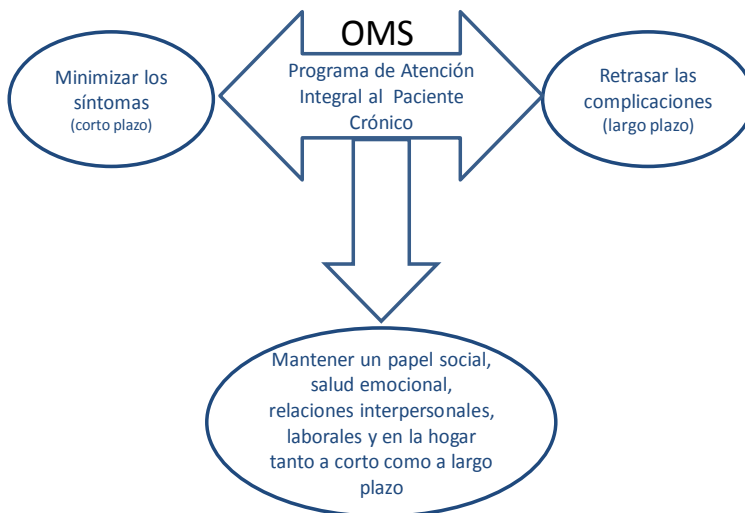


Figura 6. Atención al paciente crónico.

Y el modelo sanitario actual no es capaz de proporcionar una respuesta satisfactoria a las necesidades de los pacientes crónicos que son, en su mayoría, personas mayores afectadas de varias enfermedades crónicas, en muchos casos con una situación funcional disminuida y una alta dependencia. Es preciso articular nuevas propuestas de atención sanitaria que contemplen estos cambios y sean capaces de dar una respuesta a esta nueva y emergente situación.

La atención sanitaria al paciente debe ser integral y continua en los distintos niveles asistenciales y cualquier propuesta de atención a los pacientes crónicos debe contar con el farmacéutico comunitario y, sobretodo, debe situar al ciudadano en el centro de la atención

definiendo el modelo de acuerdo con sus necesidades en cada momento. Para ello será necesario:

- 1) La coordinación entre los distintos dispositivos sanitarios: atención especializada y atención primaria, incluyendo en esta última a la farmacia comunitaria.
- 2) La segmentación de los pacientes crónicos.
- 3) Establecimiento circuitos asistenciales protocolizados para cada segmento.
- 4) El cambio o adaptación de roles de los profesionales.
- 5) La valoración integral del paciente y el trabajo en equipo interdisciplinar y multidisciplinar:
 - * Médicos hospitalarios, médicos de atención primaria.
 - * Farmacéuticos hospitalarios, farmacéuticos de atención primaria, farmacéuticos comunitarios.
 - * Diplomados en enfermería y otros profesionales sanitarios.
- 6) Sistemas de información que permitan compartir la información relevante. Fundamentalmente la historia clínica, electrónica a ser posible.
- 7) Protocolos de actuación, interconsulta, derivación, etc.

Los farmacéuticos comunitarios, aún sintiéndonos, en contra de nuestra voluntad, fuera del sistema, siempre hemos estado dispuestos a la colaboración con otros profesionales sanitarios, tal como lo establece la legislación: (Artículo 77.5 y artículo 82.2 de la ley de garantías de uso racional del medicamento). En la misma ley, en el artículo 84., se recoge:

*“En las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el **médico** responsable del paciente en la prescripción y **cooperarán con él** en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad...”*

En España todavía son pocos los proyectos de colaboración entre los farmacéuticos de distintos ámbitos (*Martí y cols. 2004, Tomas y cols. 2006*) y entre estos y los médicos (*Galán 2004*). Proyectos con carácter esporádico, no estructurado ni coordinado, localistas y dejando a la iniciativa personal el diseño, realización y evaluación de los mismos y nunca promovidos por la Administración sanitaria. En otros países como Estados Unidos, Canadá, Nueva

Zelanda, Australia (*Rigby 2010*), etc., los farmacéuticos, apremiados por sus administraciones sanitarias, están integrados en equipos multidisciplinares (*Devine y cols. 2009, Snyder y cols. 2010*), realizando programas de revisión de medicación, atención a hipertensos (*Carter y cols. 2009, Hackam y cols. 2010*), diabéticos (*McLean y cols. 2008*) [recomendación expresa de la ADA (*ADA y cols. 2009*)], asmáticos, etc. Encargándose del seguimiento farmacoterapéutico en todos ellos, asesorando en la utilización de los medicamentos tanto a médicos como a pacientes (en algunos casos responsabilizándose de la modificación de la posología), de la educación para la salud etc., logrando altos grados de aceptación por los médicos (*Owens y cols. 2009*) y de satisfacción de los pacientes (*Machado y cols. 2007*), y consiguiendo mejoras en su estado de salud y calidad de vida. (*Bradley y cols. 2008, Dolovich y cols. 2007, Ackerman y cols. 2010, Roughead y cols. 2009, Ponniah y cols. 2007, Hohman y cols. 2009, Chrisolm-Burns y cols. 2010*).

En 2006 la *Fundación Pharmaceutical Care* en representación de los farmacéuticos y SEMERGEN en representación de los médicos de Atención Primaria abordan con MEDAFAR (*Pastor y cols. 2008*) la necesidad de crear procesos de coordinación consensuados entre los dos grupos de profesionales, para resolver los problemas de necesidad, seguridad o efectividad de los tratamientos en uso por los pacientes. Se ha conseguido consensuar y publicar procesos de coordinación en patologías como asma (MEDAFAR asma) (*Álvarez de Toledo y col. 2007*) e hipertensión (MEDAFAR hipertensión) (*Álvarez de Toledo y col. 2007*). Se ha consensuado también una Clasificación de Derivaciones Farmacoterapéuticas (*Pastor 2008*) para mejorar el entendimiento entre farmacéuticos y médicos (*Cervera y cols. 2004*). En estos momentos se está terminando MEDAFAR diabetes.

También la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) ha establecido varios protocolos de atención al paciente, en colaboración con otras sociedades médicas (*García Cebrián 2006, SEFAC-CV 2007*) con el objetivo de fomentar la colaboración interprofesional entre médico y farmacéutico para mejorar la calidad asistencial al paciente crónico (Consensos en patologías digestivas, estrés e insomnio, gripe A, utilización de antibióticos, etc.).

3. El farmacéutico comunitario en la atención al enfermo crónico

Todas las administraciones sanitarias y demás agentes de salud están de acuerdo en la imprescindible labor del farmacéutico en la dispensación de medicamentos. La mayoría de ellos también están de acuerdo en la necesidad de la presencia del farmacéutico en la prevención sanitaria. Así, en un reciente informe del Dr. Bernat Soria (22 de enero de 2011), se concluye que:

*“Se debe **potenciar la labor del farmacéutico de Oficina de Farmacia** como elemento de información al paciente y difusor de programas de prevención sanitaria, así como su potencial como educador sanitario o como organismo de control de un correcto cumplimiento y seguimiento terapéutico del paciente.*

Se debe aprovechar el potencial del farmacéutico como profesional sanitario capaz de hacer un eficiente seguimiento farmacoterapéutico, sobre todo en aquellos pacientes polimedcados, con dependencia, y pacientes de centros sociosanitarios. Es necesario aprovechar y reconvertir a la Oficina de Farmacia hacia un elemento clave del sistema sanitario”.

3.1. La atención farmacéutica al paciente crónico

La atención farmacéutica integral al paciente crónico contiene los objetivos y actuaciones siguientes:

- Promoción de hábitos saludables.
- Detección de enfermos no diagnosticados (*Guerra y cols. 2003*).
- Reducir la morbi-mortalidad mediante la identificación y valoración de factores de riesgo.
- Promover las relaciones interprofesionales de los sanitarios para unificar criterios y la coordinación entre ellos en la atención al paciente crónico.

- Garantizar el tratamiento farmacológico y su seguimiento en el enfermo (Necesidad, Efectividad y Seguridad), mediante los servicios de Consulta/Indicación Farmacéutica, Dispensación informada y Seguimiento Farmacoterapéutico.
- Establecer protocolos de farmacovigilancia y de educación sanitaria.
- Fomentar y realizar la investigación en resultados de salud.

Consulta e indicación farmacéutica:

“Es el Servicio profesional prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto, con ó sin dispensación de un medicamento”.

El farmacéutico constituye un elemento clave para mejorar la utilización de los medicamentos de libre dispensación, garantizar un uso responsable de los mismos y prevenir, identificar y resolver los posibles PRM que como consecuencia de su utilización, aislados o junto con otros medicamentos, pudieran presentarse.

Se entiende por consulta o indicación farmacéutica, en sentido estricto, el servicio que es prestado a demanda de un paciente o usuario que acude a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto. Considerada dentro del proceso global de Atención Farmacéutica orientada al paciente, la entendemos como el proceso protocolizado en el cual el farmacéutico, utilizando sus conocimientos sanitarios y de los medicamentos, detecta y/o valora y soluciona un problema de salud mediante la indicación de un tratamiento farmacológico o no farmacológico, o bien remitiendo al paciente al médico en los casos que así lo demanden.

Objetivos de la consulta farmacéutica

- Indicar al paciente la actitud más adecuada para resolver su problema de salud, y en su caso, seleccionar y prescribir un medicamento.
- Evaluar si el problema de salud es precisamente consecuencia de un problema relacionado con un medicamento.
- Proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos.

- ☑ Realizar los controles de salud necesarios, tanto para detectar PRM como para el seguimiento de los pacientes.
- ☑ Resolver las dudas planteadas por el usuario o las carencias de información sanitaria en general y sobre medicamentos en particular, detectadas por el farmacéutico.

Requisitos de la consulta farmacéutica

- ☑ Disponibilidad y cobertura del 100% de los usuarios de la oficina de farmacia, tanto a los habituales como a los no habituales.
- ☑ Realización por el farmacéutico.
- ☑ Respuesta a las expectativas del paciente: Profesionalidad, eficiencia, agilidad, confidencialidad, etc.
- ☑ Garantía de la seguridad en las recomendaciones y la asunción de responsabilidad sobre las consecuencias.
- ☑ Posibilidad de integración en el funcionamiento operativo de la farmacia.

Diseño de la consulta farmacéutica, necesidades

- ☑ Realización de guías clínicas sencillas pero robustas para el tratamiento de aquellos síntomas en los que la legislación faculta al farmacéutico para indicar/prescribir un medicamento.
- ☑ Disposición de procedimientos normalizados de trabajo relacionados con la consulta farmacéutica.
- ☑ Sistematización en la consulta farmacéutica y registro escrito de la misma:
 - ✓ Entrevista breve al paciente o usuario para recoger la información imprescindible.
 - ✓ Evaluación del problema planteado.
 - ✓ Toma de decisión:
 - ✓ Dispensación de medicamento/s:
 1. Definición del problema de salud.
 2. Especificación del objetivo terapéutico.
 3. Realización de un inventario de los tratamientos disponibles.
 4. Selección de un grupo de fármacos.
 5. Selección de un fármaco, en función de (por orden):
 - Indicación
 - Eficacia.
 - Seguridad.

- ✓ Información adecuada al paciente, preferiblemente por escrito.
- ✓ Remisión al médico, en su caso, adjuntando informe escrito de nuestra intervención.
- ✓ Monitorización o seguimiento para comprobar el resultado.

Es por tanto, imprescindible que el farmacéutico, ante una solicitud de un medicamento de dispensación sin receta médica, por parte de un paciente crónico, valore la necesidad y la seguridad teniendo en cuenta la patología y la farmacoterapia del solicitante.

Dispensación informada:

“Es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente”.

Objetivos

- ☑ Confirmación de la necesidad del medicamento (posibles PRM de necesidad).
- ☑ Comprobación, información y/o refuerzo del conocimiento que tiene el paciente sobre cada medicamento y su utilización:
 - ✓ Para qué
 - ✓ Cuánto
 - ✓ Cómo
 - ✓ Hasta cuándo
 - ✓ Posibles RAM y qué hacer
- ☑ Detección PRM de seguridad y, en muchos casos, de efectividad.
- ☑ Entrega del medicamento y/o producto sanitario.

Elementos indispensables

- ☑ Debe ser realizada por un farmacéutico o bajo su supervisión directa.
- ☑ Debe cumplir la legislación vigente.
- ☑ Requiere la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT) que contemplen:
 - ✓ Quién dispensa
 - ✓ Cómo se verifica el conocimiento y cumplimiento (adherencia)

- ✓ Cómo se verifica la idoneidad del tratamiento
- ✓ Cómo se detectan y solucionan los posibles PRM
- ✓ Criterios de solución, derivación a la zona de atención personalizada (ZAP) y de remisión al médico
- ☑ Registro de las actuaciones.

Procedimiento

Mediante una serie de preguntas realizadas en el momento de la dispensación el farmacéutico debe conocer y resolver el posible desconocimiento de los medicamentos y la falta de cumplimiento del paciente que no está en seguimiento farmacoterapéutico. En el paciente incorporado a seguimiento farmacoterapéutico, debe estar especialmente alerta ante modificaciones en el tratamiento que conducirán a un nuevo estado de situación que es preciso estudiar y evaluar.

Farmacovigilancia:

Se define como la actividad sanitaria destinada a la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos asociados al uso de los medicamentos una vez comercializados.

La obligación, que afecta a todos los profesionales sanitarios, de colaborar en la detección de las reacciones adversas está descrita en la Ley del Medicamento y otras disposiciones legales: Ley 16/1997, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia, Disposiciones legales de las Comunidades Autónomas. La notificación debe realizarse siguiendo los cauces establecidos dentro del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Todos los medicamentos tienen la capacidad potencial de producir una reacción adversa. El farmacéutico debe estar preparado para identificar en un paciente la presencia de una RAM o la posibilidad de que ésta se llegue a producir (*Murray 2009*). Para ello es preciso poseer un buen conocimiento no sólo de los efectos secundarios de los medicamentos, sino también, de la historia farmacoterapéutica del paciente. Por otra parte no debemos olvidar que algunos de estos efectos carecen de significación clínica, y en otros, aun siendo importantes, el beneficio que puede aportar el medicamento al paciente puede superar al riesgo que supone la aparición de una reacción adversa. En otras ocasiones la posibilidad de aparición de una reacción adversa es tan pequeña que no justifica la suspensión de un medicamento. Por todo ello el farmacéutico debe

evaluar cuidadosamente la sospecha de aparición de cualquier RAM y valorar su significación clínica sin llegar a conclusiones injustificadas o apresuradas.

Existen una serie de factores que aumentan el riesgo para el desarrollo de una reacción adversa a un medicamento. Los niños y los ancianos son los más susceptibles a la aparición de RAM. En los niños especialmente los muy pequeños y los neonatos los sistemas metabólicos no están completamente desarrollados. En los ancianos, pueden haber perdido funcionalidad, especialmente en lo relativo a eliminación renal y metabolismo hepático.

En caso de insuficiencia renal la eliminación de muchos fármacos que se eliminan por esta vía está disminuida, aumentando su concentración plasmática. De la misma manera, aquellos fármacos que sufren metabolización a nivel hepático pueden producir RAM con más frecuencia en aquellos pacientes en los que la funcionalidad hepática está reducida. Algunos medicamentos pueden producir RAM de forma más frecuente en enfermos con insuficiencia respiratoria o cardiaca. Este es el caso de acidosis láctica por biguanidas, mucho más frecuente en estos pacientes.

Algunas patologías pueden afectar a la seguridad de determinados medicamentos. Así, bupropión produce con mayor frecuencia estados convulsivos en pacientes con epilepsia. Hay influencia de la raza por predisposición genética, el caso más conocido es el de los acetiladores lentos, que desarrollan neuropatía por isoniazida con más frecuencia. Algunas RAM son más frecuentes en pacientes con antecedentes de haber padecido ya otras RAM.

Los pacientes que han desarrollado reacciones alérgicas a determinados fármacos, presentan mayor predisposición a sufrir RAM, e igualmente. El tratamiento concomitante con otros fármacos puede precipitar la aparición de RAM.

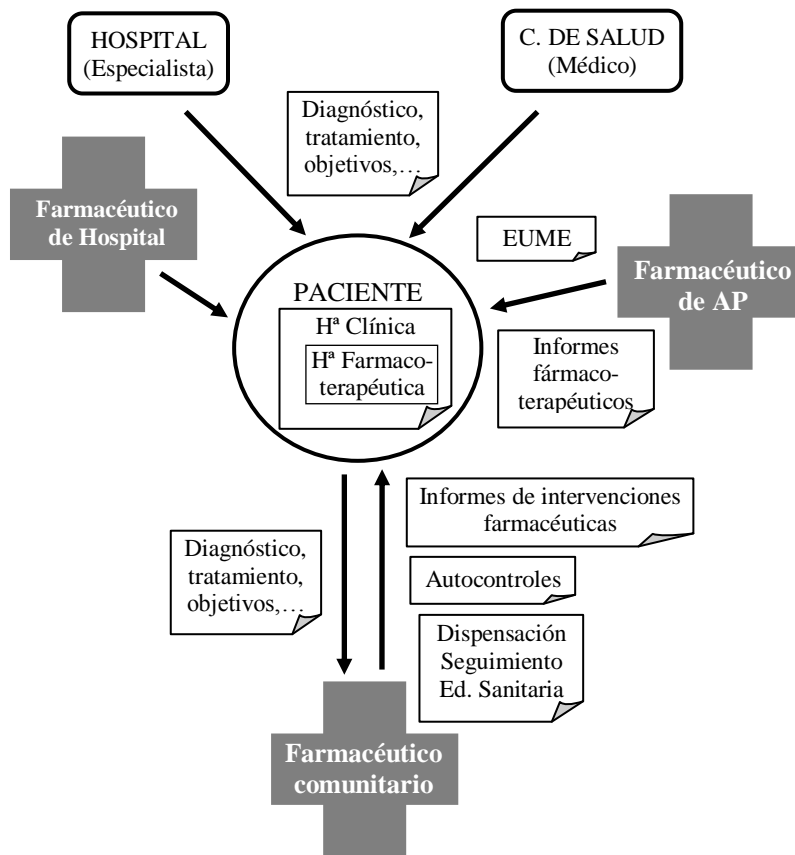


Figura 7. Atención Farmacéutica a pacientes crónicos. Grupo Berbé 2009.

Atención Farmacéutica domiciliaria:

El envejecimiento de la población en los últimos 20 años hace que el colectivo de personas mayores de 80 años se haya duplicado. Se denomina “envejecimiento del envejecimiento”. También es elevado el número de estas personas con enfermedades invalidantes, inmovilizados o impedidos, la mayoría con enfermedades crónicas. Consecuencia de ello es el incremento de la *población dependiente*, con unas necesidades asistenciales muy específicas, fundamentalmente de servicios de atención domiciliaria, hasta ahora de médicos y enfermería. El farmacéutico, tal como se está contemplando desde hace tiempo, a nivel internacional (ASHP, AACP, Begley y cols. 1997), debe involucrarse en el equipo

multidisciplinar (*Amaro 2006*) como garante del uso racional de los medicamentos en estos pacientes con pluripatologías y dificultades, en gran parte, para conocer y utilizar correctamente los medicamentos (*Lewis y cols. 2008, Richmond y cols. 2010*).

El objetivo principal del servicio de atención farmacéutica domiciliaria (AD) es garantizar la accesibilidad de determinados servicios ofrecidos por el farmacéutico al conjunto de la población y en especial a esas personas con medicación compleja y con dificultades para acceder a la oficina de farmacia, y con el fin de conseguir uso correcto de la medicación y un aumento de la calidad de vida:

- Racionalizar el uso de los medicamentos.
- Detectar PRM para evitar RNM.
- Mejorar la adherencia terapéutica.
- Mejorar la información.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mejorar la relación entre el paciente y el farmacéutico.

En la actualidad, en muchas comunidades autónomas existen planes de AD implementados desde las administraciones sanitarias a través de farmacéuticos comunitarios, en la mayoría. En Galicia, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos propusieron a la Administración, en el año 2007 un plan de AD a través de los farmacéuticos comunitarios, sin resultados. El día 26 de Enero de este año 2011, en la apertura del curso de esta Academia, la Sra. Conselleira anunció la puesta en marcha de un plan de estas características. Esperamos que cuente con los farmacéuticos comunitarios como expertos en medicamentos que somos y por la proximidad y accesibilidad que ofrecemos en relación a estos pacientes.

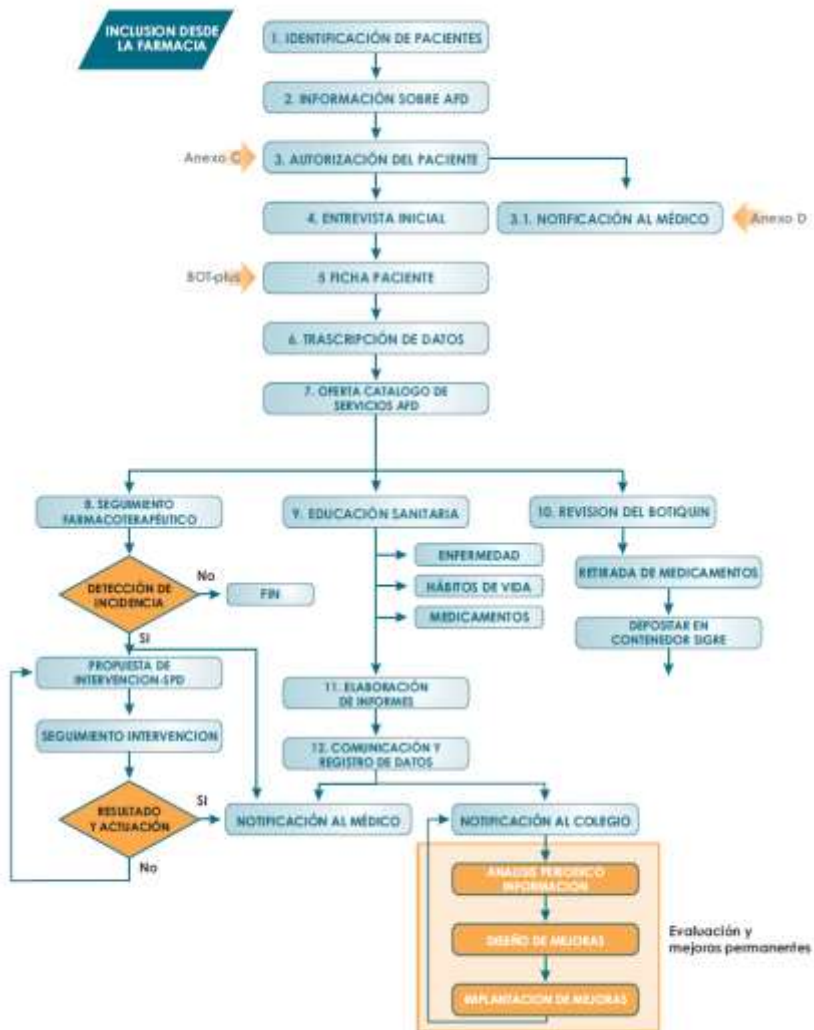


Figura 8. Procedimiento normalizado de trabajo para el servicio de Atención Farmacéutica Domiciliaria (CONGRAL 2006).

3.2. Mejora de la adherencia

En la actualidad, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serios problemas en calidad de vida, costes para el sistema

de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos.

En países como Estados Unidos, se evalúa el coste del incumplimiento terapéutico y así, encuentran que el 33-69% de los ingresos relacionados con la medicación en EE.UU. se deben a un pobre cumplimiento y suponen un coste en torno a 100.000 millones de dólares/año. (*Osterberg y cols. 2005*) En las patologías crónicas se puede encontrar entre el 43% y el 78% (*Osterberg y cols. 2005, Van Dulmen y cols. 2007*), pudiendo llegar a cifras de 90% en el incumplimiento terapéutico y mayor aún en el incumplimiento no farmacológico (*Monane y cols. 1994*).

El índice de cumplimiento de un paciente concreto puede expresarse por el porcentaje de las dosis prescritas de un medicamento que toma el paciente en un periodo de tiempo, aunque existen muchas y muy variadas formas de medir el cumplimiento y de definir a los pacientes que incumplen las medidas farmacológicas y no farmacológicas. (*Andrés y cols. 2007, Andrés Iglesias y cols. 2009, Rodríguez Chamorro y cols. 2008*).

Las formas más habituales de incumplimiento son (*NCPIE National Council for Patient Information and Education*):

1. No retirar de la farmacia la prescripción.
2. Tomar una dosis incorrecta.
3. Tomar los medicamentos en pautas erróneas.
4. Olvidar una o más dosis.
5. Abandonar demasiado pronto el tratamiento.

Siendo muchos y muy variables los motivos para dicho incumplimiento:

MOTIVOS EN INCUMPLIMIENTO INTENCIONAL

- Los efectos negativos que provocan los medicamentos
- Los posibles conflictos que aparecen con el estilo de vida del paciente
- La desconfianza o falta de fe en el sistema sanitario
- El ajuste de la dosis del tratamiento prescrito o indicado

MOTIVOS EN INCUMPLIMIENTO NO INTENCIONAL

- La falta de conocimiento o información sobre el tratamiento
- El régimen terapéutico demasiado complejo
- Los fallos de memoria a la hora de tomar los medicamentos
- La incapacidad para autoadministrarse los medicamentos
- Dificultades con el envase

Figura 9. Motivos de incumplimiento terapéutico (Gastelurrutia 2007)

La adhesión al tratamiento a largo plazo en enfermedades crónicas es problemática (Van Dulman y cols. 2007, Heisler y cols. 2010), con alta variabilidad según los estudios, debido a los diferentes métodos de medición del cumplimiento (Rodríguez Chamorro y cols. 2008). Está directamente relacionada con los resultados de salud (Di Matteo y cols. 2002), de forma que una mala adherencia, adhesión o cumplimiento contribuye al aumento de morbilidad y mortalidad (Simpson y cols. 2006).

El grado de conocimiento sobre la enfermedad y la medicación por parte de los pacientes favorece el cumplimiento (Baena y cols. 2005, Pace y cols. 2006, Fornos y cols. 2003, Fornos y cols. 2006, Withley y cols. 2006, Andres Iglesias y cols. 2007), además de influir en su calidad de vida y grado de satisfacción (Gomis y cols. 2006, Testa 2003). Así, por ejemplo, una baja satisfacción con el tratamiento antidiabético influye en el cumplimiento de dicha terapia (Fornos y cols. 2008), habiéndose encontrado relación con la comunicación de episodios de hipoglucemia y con los niveles de HbA1c (Álvarez Guisasola y cols. 2008).

La intervención del farmacéutico realizando procedimientos de Atención Farmacéutica: seguimiento farmacoterapéutico (Fornos 2006, Garcia de Andrade y cols. 2005), dispensación, educación sanitaria, etc.), en colaboración con el médico y los profesionales de enfermería, contribuye a conseguir beneficios en la situación clínica de los pacientes crónicos como los hipertensos (Lee y cols. 2006), diabéticos (West y cols. 2003, Kiel y cols. 2005, Cioffi y cols. 2004, Wermeille y cols. 2004, Odegard y cols. 2005, Fornos y cols. 2006, Lee y cols. 2006, Machado y cols. 2007, McGowan y cols. 2008), etc., obteniéndose mejoras en los parámetros bioquímicos como HbA1c y perfil lipídico, en los valores de tensión arterial, etc., como

consecuencia de una mejor utilización de los medicamentos (*Fornos y cols 2006, Vivian 2007*) de cambios en los hábitos de vida (*Fornos y cols. 2006, Vivian 2007*) y de la mejora en su conocimiento de la enfermedad (*Fornos y cols. 2006*).

En la dispensación, el farmacéutico realiza con el paciente en cada visita un repaso de la medicación y se asegurará de que éste comprende perfectamente todas las características de cada uno de sus medicamentos con el fin de garantizar un correcto cumplimiento y utilización.

Informaciones que se deben proporcionar y comprobar que son asimiladas, referentes a cada medicamento:
<input checked="" type="checkbox"/> Nombre
<input checked="" type="checkbox"/> Para qué se usa
<input checked="" type="checkbox"/> Cuánto debe tomar
<input checked="" type="checkbox"/> Cómo debe tomarlo
<input checked="" type="checkbox"/> Qué debe hacer si olvida una toma
<input checked="" type="checkbox"/> Hasta cuándo debe tomarlo
<input checked="" type="checkbox"/> Posibles RAM :
<input type="checkbox"/> Reconocerlas en caso de que se manifiesten
<input type="checkbox"/> ¿Qué hacer para resolverlas?

Figura 10. Información en la dispensación

Le informará exhaustivamente sobre cada grupo de medicamentos, durante la dispensación y/o el seguimiento farmacoterapéutico, de los que utiliza el paciente (antidiabéticos orales o insulina, antihipertensivos, antiagregantes, hipolipemiantes, etc.), asegurándose de que, para cada uno de ellos, el paciente alcanza unos conocimientos y un grado de motivación suficientes.

Es importante saber, además de lo que el paciente conoce de su enfermedad y medicamentos, lo que espera de ese tratamiento, de la evolución de la enfermedad, etc., es decir, de las expectativas que tiene para poder realizar una intervención educativa para aumentar su satisfacción y conseguir mejorar el cumplimiento.

En la figura 10 se muestra el modelo conceptual de la relación entre la satisfacción con el tratamiento y las expectativas, la información, la conducta y los resultados.

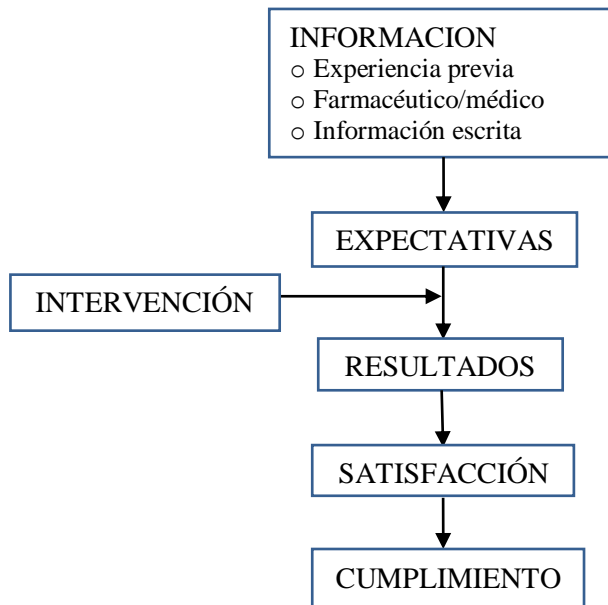


Figura 11. Relación entre la satisfacción con el tratamiento y las expectativas, la información, la conducta y los resultados.

3.3. Educación para la salud

Durante los últimos años, podemos apreciar un significativo aumento de estudios que demuestran que la aplicación de programas educativos en pacientes afectados por enfermedades crónicas, contribuyen a reducir las complicaciones a corto plazo, facilitan un control metabólico más ajustado (*Cliford y cols. 2002, Cranor y cols. 2003, Fornos 2006*), una disminución de los ingresos hospitalarios y además han demostrado su rentabilidad. Por otra parte, también han puesto de relieve que la educación al paciente, mejora sus conocimientos sobre su enfermedad, sus actitudes y comportamientos.

En todas las enfermedades crónicas como EPOC (*Hammerlein y cols. 2011*), dislipemias (*Eussen y cols. 2010*), hipertensión arterial (*Magadza y cols. 2009, Bex y cols. 2011*), diabetes (*Fornos 2006*), etc., la intervención educativa a demanda (pasiva) y estructurada (activa), mejoran el conocimiento y cumplimiento de la medicación y

del cuidado de la enfermedad. Por ejemplo, en la diabetes, que es, con seguridad, la enfermedad crónica que más necesita de la educación del paciente, la intervención educativa del farmacéutico, tanto a nivel individual como a nivel grupal, estructurada, mejora la situación clínica del enfermo diabético (*Cliford y cols. 2002, Cranor y cols. 2003, Fornos y cols. 2006, Machado y cols. 2007*), su satisfacción y su calidad de vida (*Fornos y cols. 2008, Fornos y cols. 2010*).

El término educación para la salud (EpS) define la enseñanza a la población en general de los conocimientos, habilidades y conductas que sirven para mejorar su salud. Está incluida en la prevención primaria (conjunto de medidas sanitarias destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad).

A diferencia de la educación para la salud, la educación del paciente es una prevención secundaria o más bien terciaria, dirigida exclusivamente a los individuos afectados por una enfermedad crónica. Su finalidad, es capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento, y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad. En definitiva, se trata de que el paciente sea capaz de gestionar su propia enfermedad.

En nuestro sistema sanitario, el paciente ejerce un papel demasiado pasivo en el cuidado de su salud. El sistema no estimula una mayor colaboración e implicación por su parte en el proceso terapéutico: se le escucha poco, se le informa poco y se le responsabiliza poco. Es frecuente observar que el paciente no se siente enfermo, no reconoce que tiene una enfermedad, y por lo tanto, no se sentirá implicado en los esfuerzos necesarios en cuanto a cambios de estilos de vida, cumplimiento terapéutico, controles, revisiones, etc.

Creemos que el paciente debe saber reconocer la patología que padece, debe tener un conocimiento básico sobre ella, sobre el alcance de las posibles complicaciones, agudas y crónicas y como retrasar su aparición, etc. Debe conocer el estilo de vida adecuado que puede ayudarle a mejorar su calidad de vida y las características más importantes de su tratamiento orientadas a un correcto uso y cumplimiento de la farmacoterapia, y sobre todo, debe convencérsele de que él es el principal responsable de su salud, y su implicación en la terapia es fundamental.

Para poder realizar una intervención educativa y evaluar sus resultados es necesario saber el nivel de conocimientos que tienen los pacientes de los medicamentos y de su enfermedad. Por ello, es imprescindible el diseño y utilización de cuestionarios validados específicos para medir el conocimiento que los pacientes tienen de su enfermedad (*Prieto y cols. 2001*). Los países anglosajones son los que más han trabajado en el diseño y utilización de estos cuestionarios teniendo que ser adaptados a nuestro país, siendo la mayoría de ellos, adaptados para utilizar por médicos y/o enfermeros en atención primaria y hospitalaria. En los últimos años se han diseñado y validado cuestionarios de conocimiento de su enfermedad, para ser administrados en la farmacia comunitaria sobre diabetes, dislipemias, etc. (*Fornos y cols. 2003, Andrés Iglesias y cols. 2005*).

Es lógico, por tanto, que el farmacéutico esté integrado en equipos multidisciplinares que diseñen y lleven a cabo proyectos de educación a pacientes crónicos. Equipos en los que cada miembro tenga asignada claramente sus funciones, utilizando protocolos consensuados y con un objetivo común.

Un ejemplo a seguir es el de algunos países como EEUU, dónde se establecen una normas básicas para la educación estructurada de los pacientes crónicos, que deben cumplir todas aquellas instituciones o profesionales implicados en la educación sanitaria. Los farmacéuticos, integrados en esos grupos interdisciplinares y también a título individual, realizan programas de educación (*Delea y cols. 2010*), teniendo que formarse (*Smith 2009*) y en algunos casos, por ejemplo en diabetes tienen que obtener una acreditación oficial para ejercer como “educadores diabetológicos”.

3.4. Seguimiento farmacoterapéutico

El Seguimiento Farmacoterapéutico personalizado se incluye en España entre los cometidos y obligaciones de los farmacéuticos dentro de los distintos ámbitos de ejercicio profesional (Ley 16/1997, de servicios de las oficinas de farmacia, la nueva “ley del medicamento” Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y en otras leyes autonómicas, por ejemplo la Gallega Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia).

En el Documento de Foro de Atención Farmacéutica 2008 se define como: “El servicio profesional que tiene como objetivo la detección de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM)”.

Este servicio implica un compromiso y debe proveerse de forma continuada, sistematizada 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.

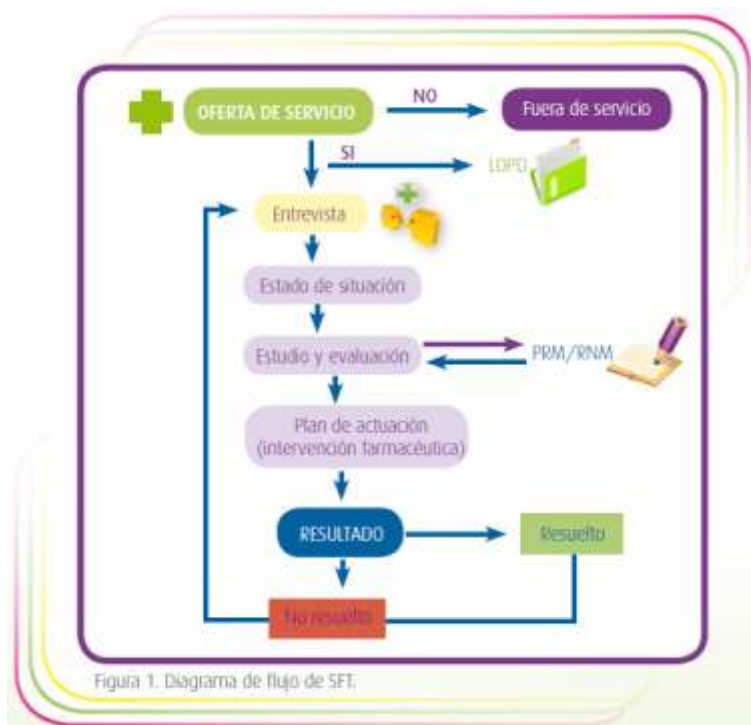


Figura 12. Diagrama de flujo de Seguimiento Farmacoterapéutico (CONGRAL 2010)

El proceso consiste en una serie de fases, todas ellas registradas y documentadas en la Historia Farmacoterapéutica del paciente:

1. Incorporación al servicio: Firma del consentimiento informado.
2. Primera visita.

3. Estado de situación.
4. Evaluación: Valoración de la *necesidad, efectividad y seguridad*.
5. Intervención.

Y sus objetivos son:

- Detectar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
- Maximizar la efectividad y seguridad de los tratamientos, minimizando los riesgos asociados al uso de los medicamentos.
- Contribuir a la racionalización de los medicamentos, mejorando el proceso de uso de los mismos.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

De las posibles intervenciones, las más frecuentes que puede llevar a cabo el farmacéutico al detectar PRM/RNM son (*Guerra 2001*):

- Facilitar información personalizada sobre medicamentos (IPM).
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar al médico comunicando el PRM/RNM.
- Derivar al médico proponiendo modificación en el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.

En España y, en la mayor parte de Europa, las intervenciones del farmacéutico van dirigidas fundamentalmente al paciente, en un 56%, mientras que las intervenciones dirigidas al médico solo alcanzan un 26% (*Paulino y cols. 2004*).

3.5. Repercusión de la receta electrónica

La receta médica es el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación en las farmacias. Es un procedimiento tecnológico que permite desarrollar las funciones profesionales sobre las que se produce la prescripción de medicamentos de forma automatizada, de manera que las órdenes de tratamiento se almacenan en un repositorio de datos al cual se accede desde el punto de dispensación para su entrega al paciente.

Nació con los *objetivos básicos* de:

- Garantizar a los ciudadanos poder retirar los medicamentos que tienen prescritos desde cualquier farmacia del país sin necesidad de presentar una receta en papel.
- Desligar al médico de la función económico-administrativa de la receta médica.
- Favorecer el desarrollo de los programas de Uso Racional del Medicamento.
- Avanzar en la implantación de sistemas de información, que permitan a las CCAA conocer las transacciones que se realizan entre ellas.

En Galicia (*e-receita*), desde su creación en 2007, sigue evolucionando, pero manteniendo las *características comunes en funcionalidad*:

- El paciente se identifica con su tarjeta sanitaria y el médico se identifica y acredita electrónicamente.
- La prescripción se realiza contra un Nomenclátor **Nacional Oficial**.
- La prescripción médica se registra automáticamente en la historia clínica electrónica del paciente.
- Las recetas se generan de forma electrónica, y se validan automáticamente con la firma electrónica del facultativo, almacenándose en una Base de Datos de prescripción.
- El médico imprime el volante de instrucciones del paciente, en soporte papel.
- El farmacéutico en la oficina de farmacia se identifica y realiza la identificación informática del paciente y sus datos a través de la tarjeta sanitaria, y accede a una o varias prescripciones pendientes de dispensar.
- Se registra automáticamente la dispensación del farmacéutico a través de su firma electrónica, así como las sustituciones, si fueran realizadas.

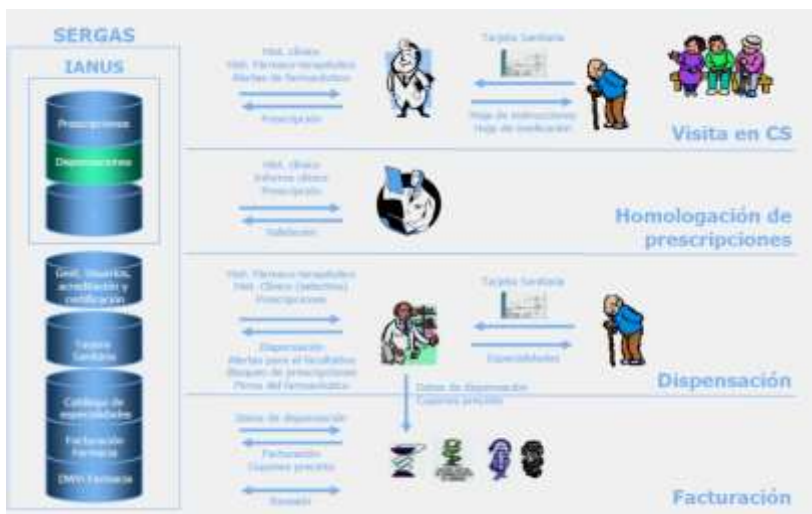


Figura 13. Sistema de prescripción y dispensación electrónica en Galicia

Ventajas y desventajas para la AF:

Desde el punto de vista de la Atención Farmacéutica, esperábamos esta herramienta con interés ya que creíamos que serviría para mejorar la comunicación con el médico prescriptor en la detección, notificación y resolución de RNM gracias al acceso a la historia clínica del paciente.

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) reivindica como requisitos indispensables para la labor asistencial del farmacéutico en receta electrónica los siguientes:

1. El farmacéutico comunitario debe disponer de la información clínica necesaria para realizar las funciones que legalmente se le atribuyen. Esto incluye, con el consentimiento del paciente, el conocimiento de su historial farmacoterapéutico, así como su historia clínica, con el fin de conocer aquellas situaciones, estados y patologías que pudieran contraindicar el uso de los medicamentos y prevenir resultados negativos asociados a éstos en la salud del paciente. El sistema debe proporcionar al farmacéutico acceso a cuanta información le sea necesaria para permitirle juzgar la adecuación y conveniencia de una terapia medicinal escogida.

2. La dispensación a través de la receta electrónica debe disminuir y/o eliminar tareas burocráticas y administrativas, permitiendo la libre elección del paciente y siempre promoviendo un uso racional del medicamento.
3. La dispensación de receta electrónica debería autenticar al farmacéutico responsable que la realiza y/o supervisa; posibilitar el intercambio terapéutico, en caso necesario, y permitir la posibilidad de registrar las dispensaciones de medicamentos excluidos de la financiación, o prescritos en el ámbito de la sanitaria privada.
4. Las aplicaciones que soportan la receta electrónica deberían posibilitar la comunicación directa con el médico prescriptor, el resto de profesionales sanitarios y con el paciente en determinados casos (errores de dispensación, seguimiento de la dispensación,...).
5. La implantación de la receta electrónica debería llevar parejo el establecimiento de un plan de contingencia en caso de fallo de la red, suministro eléctrico, software y hardware en los sistemas de los agentes implicados en su funcionamiento.
6. Los sistemas de receta electrónica deberían permitir registrar todas las intervenciones farmacéuticas y, ellas, la no dispensación por motivos farmacológicos y/o de conciencia, en caso necesario.
7. Los sistemas que recopilan o gestionan datos sobre actividades de prescripción y dispensación de deberían garantizar la confidencialidad y la protección de los datos de la información que se gestione (prescripciones, dispensaciones, intervenciones, información clínica, etc.), así como de los agentes implicados en ellas: paciente, prescriptor, oficina de farmacia y farmacéutico.
8. La receta electrónica debería permitir la disminución de errores de dispensación y la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. La prescripción electrónica debería contener, como mínimo, información sobre la identidad del paciente, edad y sexo, medicamento, concentración, posología y cantidad, indicaciones para el paciente e identidad del prescriptor. Los sistemas deberían prever la inclusión de diagnóstico y/o indicaciones de uso cuando sea necesario.
9. La dispensación ha de ser de calidad en igualdad de condiciones en cualquier oficina de farmacia española, permitiendo su interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud.

10. La receta electrónica debería servir de herramienta para realizar actividades relacionadas con la educación y promoción de la salud pública.

En una reciente tesis de maestría dirigida por nuestro grupo Berbés, de investigación y docencia en AF (*Otero 2010*), hemos analizado los procesos de dispensación en el entorno de receta electrónica en los diferentes programas de gestión de la farmacia homologados para la dispensación de *e-recetas* en Galicia y hemos observado que estos requisitos, inspirados fundamentalmente en el sentido común y la eficiencia de los procesos, no se cumplen, reconociéndose básicamente dos modelos:

- A. El proceso de dispensación electrónica se integra en el programa de gestión en su módulo de AF, lo que permite interactuar con las fichas de pacientes y detectar interacciones con el resto de la medicación, prevenir alergias y analizar posibles resultados negativos de la medicación (RNM), etc.
- B. El proceso no se integra durante el acto de dispensación sino después, tras la validación y cierre de la dispensación electrónica. En este caso no es posible o resulta mucho más difícil realizar una dispensación profesional.

Dos modelos de programas de gestión que desde las Sociedades Científicas (SEFAC y Pharmaceutical Care) y desde el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, estamos intentando mejorar continuamente con un enfoque claro hacia la Atención Farmacéutica.

En el proceso de comunicación con el nodo del SERGAS para el conocimiento de las prescripciones, hemos encontrado muchas deficiencias en cuanto a: velocidad, operatividad, etc., pero lo más importante es que no se cumplen la mayoría de las peticiones para el ejercicio profesional que la ley y sobre todo, el paciente, nos demandan: Puntos 1, 3, 5, 6, 8, 9 y 10 del decálogo de la SEFAC. Llegando, incluso, a propuestas como la de que el médico actúe como “notario” del permiso de acceso a su historial que puede dar el paciente al farmacéutico.

Estamos en un momento importante para el futuro de la receta electrónica como herramienta profesional y creemos que:

- La Administración Sanitaria Gallega entiende el sistema como un mecanismo de control económico del gasto en

medicamentos, situación que no es capaz de controlar con medidas estructurales (copago real, prescripción DOE).

- No se actúa sobre el origen real del gasto, la demanda, sino solo parcialmente sobre la prescripción (Catálogo priorizado) y sobre otra parte del proceso (la dispensación), que no es responsable desde el punto de vista de la toma de decisiones en la utilización de los medicamentos.
- No se nos proporcionan las herramientas suficientes y realmente eficaces para una adecuada actuación profesional en la dispensación de medicamentos. Como consecuencia, servicios cognitivos como el seguimiento farmacoterapéutico pueden ver comprometida su implementación y generalización, a pesar de que la legislación vigente, incluido el reciente decreto sobre receta médica así nos lo exige (*Real Decreto 1718/2010*).

3.6. La opinión de los pacientes

Como he reiterado anteriormente, el modelo asistencial tradicional estaba centrado en la decisión de llevar a cabo, tras una deducción racional, la mejor opción que el profesional obtiene a partir de un análisis sobre aquella información, que él considera relevante según su criterio. Sin embargo, la práctica asistencial correcta ha de centrarse en el paciente (*Tuneu y cols. 2008, Koshman 2008*): en conocer y entender sus emociones, sus sentimientos, sus valores, sus expectativas y sus prioridades de vida, etc.

La atención farmacéutica es una práctica asistencial centrada en el paciente quien, si quiere, puede participar activamente en la toma de decisiones y ser capaz de responsabilizarse de su farmacoterapia, actuando como un agente más del sistema sanitario. En el seguimiento farmacoterapéutico el farmacéutico acredita las necesidades del paciente con la medicación; por tanto, se recomienda el modelo de relación de decisión compartida, que ha demostrado mejores resultados en términos clínicos y humanísticos

Actualmente, en la práctica, la mayor o más importante barrera para la implantación de la Atención Farmacéutica es la falta de demanda de estos servicios por parte de los pacientes (*Dunlop y col. 2002*) debido, fundamentalmente, a que no conocen la existencia de dichos servicios, por su escasa implantación en las farmacias y por tanto, no esperan recibirlos (*Rossing y cols. 2001, Gastelurrutia y*

cols. 2004). Sin embargo, en aquellos casos en los que se les ofrecieron esos servicios cognitivos, la satisfacción de los pacientes fue muy alta (Atozqui y col. 2004, Armando y cols. 2005, Machado y cols. 2007, Fornos y cols. 2008).

También hemos constatado que la mejora en el conocimiento de los medicamentos mejora el cumplimiento y la satisfacción de los pacientes. (Testa 2003, Fornos y cols. 2008, Alvarez Guisasola y cols. 2008)

Así, en Barcelona en el año 2008, el encuentro entre farmacéuticos comunitarios y pacientes representantes de distintas asociaciones englobadas en el Foro Español de Pacientes, con el objetivo de determinar las “Necesidades del paciente crónico en atención farmacéutica” se llegaron a las siguientes recomendaciones:

1. Potenciación del rol del farmacéutico comunitario como agente de salud proactivo en actividades preventivas como son los cribados y la educación sanitaria e información para los pacientes crónicos y sus familiares, sobretudo en lo referente a la utilización de los medicamentos.
2. Atención farmacéutica personalizada mediante el seguimiento farmacoterapéutico y las interacciones medicamentosas y/o con alimentos.
3. Actualización constante de los conocimientos del farmacéutico como respuesta a la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo y con más acceso a más información.
4. Formación continuada para el desarrollo de las competencias científicotécnicas y de las habilidades de comunicación necesarias para ofrecer una atención farmacéutica adaptada a las necesidades de los pacientes crónicos.
5. Adaptación del lenguaje utilizado por parte del farmacéutico a pacientes y usuarios (menos científico y más divulgativo). Actitud amable, empática y escucha activa.
6. Presencia permanente de un farmacéutico cualificado en la oficina de farmacia que debe poder ser claramente identificado por parte de pacientes y usuarios y habilitación de un espacio físico dedicado a la atención farmacéutica adecuadamente señalizado.
7. Corresponsabilización y participación de los pacientes crónicos en la toma de decisiones sanitarias adoptadas en el marco de la farmacia comunitaria.
8. Implantación de nuevas tecnologías –y en particular la tarjeta sanitaria universal electrónica- que mejoren significativamente la atención farmacéutica al paciente crónico.

9. Establecimiento de unos estándares de calidad en relación a la atención farmacéutica con el fin de evitar la variabilidad existente en la actualidad.
10. Mayor integración y reconocimiento del papel de la farmacia comunitaria en el sistema sanitario por parte del resto de agentes de salud.
11. Creación de una relación de confianza entre los profesionales de la farmacia comunitaria y las organizaciones de pacientes.
12. Fomento de iniciativas que permitan una mayor colaboración entre la farmacia comunitaria y las organizaciones de pacientes, especialmente de aquellas dirigidas a aumentar el conocimiento por parte de los farmacéuticos de las actividades realizadas por las asociaciones, y de su difusión a pacientes y usuarios.
13. Realización de charlas y sesiones de formación a farmacéuticos comunitarios que cuenten con la participación de representantes de las asociaciones de pacientes crónicos.
14. Participación de farmacéuticos comunitarios en las charlas divulgativas que organizan periódicamente las asociaciones de pacientes.
15. Contribución de las asociaciones de pacientes a la difusión de los servicios ofrecidos por las farmacias comunitarias situadas en su entorno.
16. Colaboración de los colegios oficiales de farmacéuticos en la creación de canales y herramientas que permitan establecer mecanismos de colaboración entre asociaciones de pacientes y la farmacia comunitaria.

Figura 14. Recomendaciones del encuentro "Necesidades del paciente crónico en atención farmacéutica", Barcelona 2008

Es necesario, por tanto, dar a conocer los nuevos servicios cognitivos mediante reuniones y encuentros periódicos entre farmacéuticos y pacientes en distintos marcos como: seminarios, mesas redondas, charlas informativas y educativas, congresos, etc. y en el día a día en la oficina de farmacia, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria (*Tuneu y col. 2008*).

4. Conclusiones

“Mientras la ciencia ha avanzado y las enfermedades han cambiado su perfil, los profesionales todavía estamos instalados en nuestro altar profesional, sostenidos por la vanidad de sentirnos unos elegidos y de creer que la solución de los problemas sólo está en nuestras manos. De ahí vendrá la palabra paciente, por la paciencia que tienen con nosotros, que todavía no nos acabamos de enterar”.
Dr. Manuel Machuca, farmacéutico, 2005.

El paciente no puede esperar a que el médico acepte que el farmacéutico intervenga activamente en su farmacoterapia.

El paciente no puede esperar a que la Administración Sanitaria promueva la incorporación real del farmacéutico comunitario en equipos multidisciplinares encargados del cuidado de su Salud.

Y sobre todo, el paciente no puede esperar a que los farmacéuticos comunitarios implementen esos servicios cognitivos que agrupamos bajo la denominación Atención Farmacéutica con el único objetivo de que los medicamentos que va a utilizar sean NECESARIOS, EFECTIVOS y SEGUROS.

Muchas gracias

5. Referencias bibliográficas

- Ackerman E, Williams ID, Freeman C. Pharmacists in general practice: a proposed role in the multidisciplinary team. *Aust Fam Physician* 2010; 39: 163-4.
- Alonso Hernández P, Oterol López MJ, Maderuelo Fernández JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farmacia Hospitalaria* 2002; 26 (2): 77-89.
- Álvarez de Toledo Saavedra F, Fernández de Cano Martín N, coordinadores. *MEDAFAR Asma*. Madrid: IMC; 2007.
- Álvarez de Toledo Saavedra F, Fernández de Cano Martín N, coordinadores. *MEDAFAR Hipertensión*. Madrid: IMC; 2007.
- Álvarez Guisasaola F, Tofé Povedano S, Krishnarajh G, Lyu R, Mavros P, Yin D. Hypoglycaemic symptoms, treatment satisfaction, adherence and their associations with glycaemic goal in patients with type 2 diabetes mellitus: findings from the Real-Life Effectiveness and Care Patterns of Diabetes Management (RECAP-DM) Study. *Diabetes Obes Metab*. 2008; 10 (1): 25-32.
- Alvarez Luna F. Aplicación de los estudios de utilización de medicamentos al conocimiento del estado de las enfermedades crónicas en una colectividad. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2008.
- Amaro L. La asistencia domiciliaria debería ser una función más del farmacéutico. XIV Congreso Nacional Farmacéutico. 2006.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2009. *Diabetes Care*. 2009; 32 (Suppl):S13-S49.
- American Society of Health-System Pharmacist. ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in Home Care. URL Disponible en: http://www.ashp.org/bestpractices/racticesettings/Settings_Gdl_HC.pdf.
- Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Mejora del cumplimiento de la medicación hipolipemiente. Estudio controlado en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2009; 1(3): 94-100.
- Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 189-196.
- Andrés Jácome J, Iñesta A. Problemas relacionados con medicamentos identificados en pacientes asmáticos. *Pharm Care Esp* 2004; 6(4): 210-217.

- Andrés JC, Rodríguez A, Cobián B, Brizuela L, Fornos JA, Andrés NF. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en Galicia. *Pharmacy Practice*. 2006; 4(Supl.1): 41.
- Andrés Rodríguez NF, Fornos Pérez JA, Andrés Iglesias JC. Valoración del conocimiento/cumplimiento en un programa de seguimiento farmacoterapéutico en diabéticos tipo 2 en farmacia comunitaria: estudio aleatorizado. *Pharm Care Esp*. 2007; 9 (1): 2-9.
- Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
- Atozqui J, Diez A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. *Pharm Care Esp* 2004; 6(2): 91-94.
- Australian Association of Consultant Pharmacy (ACCP). Resident Medication Management Reviews (RMMR): Medication Reviews in Residential Care Facilities. Information for Pharmacists. Australia: ACCP 2001. URL disponible en: https://www.aacp.com.au/assets/Information/RMMR_InfoForPharmacists.pdf.
- Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P, Calleja MA, et al. Cumplimiento, conocimiento, y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm*. 2005; 46 (4): 365-381.
- Baena MI, Faus MJ, Fajardo PC, Luque MF, Sierra F, et al. Medicine related problems resulting in emergency department visits. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62: 387- 393.
- Baena MI, Martín R, Olmos J, Fajardo P, et al. Nuevos criterios para determinar la evitabilidad de los resultados negativos asociados a la medicación. Una revisión actualizada a partir de la experiencia con 2.558 personas. *Pharm Care Esp* 2002; 4: 393-396.
- Baena Parejo MI, Dáder Faus MJ, Marín Iglesias R, Zarzuelo Zurita A, Jiménez Martín, Martínez Olmos J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)* 2005; 124 (7): 250-5.
- Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Ars Pharmaceutica* 2003; 44 (3): 225-237
- Begley S., Livingstone C, Hodges N, Williamson V. Impact of Domiciliary Pharmacy Visits on Medication Management in an Elderly Population. *Int J Pharm Pract* 1997; 5: 111-121
- Bergman U, Wiholm BE. Drug related problems causing admission to medical clinic. *Eur J Clin Pharmacol* 1981; 20: 193-200.

- Bex SD, Boldt AS, Needham SB, Bolf SM, Walston CM, Ramsey DC, Schmelz AN, Zillich AJ. Effectiveness of a hypertension care management program provided by clinical pharmacists for veterans. *Pharmacotherapy* 2011; 31(1): 31-8.
- Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2008; 22: 387-98.
- Brodie DC. Drug Use Control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm* 1967; 1: 63-65.
- Bucci C y cols. Pharmacist's contribution in a heart function clinic: patient perception and mediation appropriateness. *Can J Cardiol* 2003; 19(4): 391-396
- Calderón Hernanz B, Calleja Hernández MA, Faus Dáder MJ. Detección de resutados negativos asociados a la medicación del paciente de la unidad de observación del área de urgencias. *Revista de la OFIL* 2005; 15 (2): 39-49.
- Calderón Hernanz B. Detección de resultados negativos asociados a la medicación de pacientes de la unidad de observación del área de urgencias. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
- Carter BL, Ardery G, Dawson JD, James PA, Bergus GR, Doucette WR, Chrischilles EA, Franciscus CL, Xu Y. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 1996-2002.
- Cervera Barba EJ, Sagredo Pérez J, Martín González MC, Heras Salvat G, Peña Rodríguez E, Suárez del Villar Acebal E, et al. Oficinas de farmacia y centros de salud: podemos trabajar juntos. Una experiencia de colaboración. *SEMERGEN* 2004; 30(10): 491-497.
- Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy et al. EUS pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care* 2010; 48(10): 923-33.
- Cioffi ST, Caron MF, Kalus JS, Hill P, Buckley TE. Glycosylated haemoglobin, cardiovascular, and renal outcomes in a pharmacist-managed clinic. *Ann Pharmacother* 2004; 38 (5): 771-775.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. Ed. McGraw-Hill Companies, 1998; 8: 265-276.
- Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and tributable mortality. *JAMA* 1997; 277: 301-6.
- Clifford RM, Davis WA, Batty KT, Davis TM, Fremantle Diabetes Study. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2

- diabetes: The Fremantle diabetes study. *Diabetes Care* 2005; 28(4):771-776.
- Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Modelo de receta electrónica en el Servicio Gallego de Salud (e-receita). 2006: 7-10. Disponible en: www.sergas.es/Docs/InfSal/Resumen%20eReceta%20v1-1.pdf.
- Cranor CW, Christensen DB. The Asheville project: Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2003; 43(2):160-172.
- Delea D, Shrader S, Phillips C. A Week-long Diabetes Simulation for Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ* 2010; 74(7): 1-8.
- Devine EB, Hoang S, Fisk AW, Wilson-Norton JL, Lawless NM, Louie C. Strategies to optimize medication use in the physician group practice: the role of the clinical pharmacist Pharmaceutical Outcomes Research and Policy Program, University of Washington, Seattle, WA 98195-7630, USA. *J Am Pharm Assoc* 2009; 49(2): 181-91.
- Di Matteo M, Giordani P, Lepper H, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes. *Med Care*. 2002; 40: 794-811.
- Dolovich L, Kaczorowski J, Howard M, Rodriguez MC, Gaebel K, Haq M, et al; IMPACT team. Cardiovascular outcomes of a pharmaceutical care program integrated into family practices [abstract 21]. *Can J Clin Pharmacol* 2007; 14: e116.
- Dualde E. Control y seguimiento de la medicación en pacientes hipertensos. *Pharm Care Esp* 1999; 1(1): 28-34
- Dunlop JA, Shaw JP. Community pharmacists perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci* 2002; 24: 224-230.
- Duran I, Martínez-Romero F, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 1999; 1(1): 11-19.
- Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the costs of illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2001; 41: 192-9
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- Eussen SR, van der Elst ME, Klungel OH, Rempelberg CJ, Garssen J, Oosterveld MH, et al. A pharmaceutical care program to improve adherence to statin therapy: a randomized controlled trial. *Ann Pharmacother* 2010; 44(12): 1905-13.
- Fornos JA, Andrés NF, Guerra MM. Aportación al análisis de las causas de los problemas relacionados con los medicamentos según la metodología Dáder para el seguimiento farmacoterapéutico. En: II Simposium de resultados del programa Dáder en el seguimiento farmacoterapéutico. Pamplona: Universidad de Granada; 2002.

- Fornos Pérez JA. Evaluación de un programa de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes diabéticos tipo 2 en oficina de farmacia. [Tesis doctoral]. Vigo: Universidad de Vigo; 2006.
- Fornos Pérez JA, Andrés Rodríguez NF, Andrés Iglesias JC, Guerra García MM, Egea Ibernón B. A Pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm World Sci* 2006; 28 (2): 65-72.
- Fornos Pérez JA, Andrés Rodríguez NF, Guerra García MM. Diseño y validación de un cuestionario de conocimiento sobre diabetes en pacientes de farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 268-274.
- Fornos Pérez JA, Fernández Cordeiro M, García Rodríguez P, García Añón D, Andrés Iglesias JC, Andrés Rodríguez NF. Analysis of the use of medication for diabetic patients in the province of Pontevedra. *Av Diabetol* 2010; 26: 47-52
- Fornos Pérez JA, García Rodríguez GP, Fernández Cordeiro M, González Añón D, Andrés Rodríguez NF, et al. Evaluación del conocimiento, el cumplimiento y la satisfacción del tratamiento en pacientes diabéticos en la oficina de farmacia. *Av Diabetol* 2008; 24(5): 399-406
- Galán Parra MD, Galán Parra IR, Román Alvarado J, Juárez Manzano J, Vaquero Prada JP. Mefartabac: Programa médico-farmacéutico de tratamiento del tabaquismo. Protocolo y metodología de trabajo en la farmacia comunitaria *Pharmaceutical Care España* 2004; 6 (2): 82-88.
- García Cebrián F. La seguridad del paciente y la colaboración entre médicos y farmacéuticos [editorial]. *SEMERGEN* 2006; 32(2): 55-57.
- García de Andrade RC, Rosemir Pela I. Seguimiento farmacéutico y su impacto sobre los resultados glucémicos en pacientes diabéticos tipo 2. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(2): 112-122.
- Gastelurrutia Garralda MA. Elementos facilitadores y dificultades para la diseminación e implantación de servicios cognitivos del farmacéutico en la farmacia comunitaria española. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
- Gastelurrutia MA, Gil de San Vicente O, Erauncetamurgil O, De Escalza P, Fernández-Llimós F. Assessing customer's expectations and satisfaction at a pharmacy lacking advanced professional cognitive services. 64^a Congress of FIP, New Orleans, September 2004.
- Grupo de Expertos de Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-691-1243-4.
- Guerra García M. Seguimiento del tratamiento farmacológico en las farmacias comunitarias. Análisis de Problemas Relacionados con los Medicamentos e intervenciones sobre ellos. [Tesina de doctorado]. Vigo: Universidad de Vigo; 2001.

- Guerra García MM, Fornos Pérez J.A, Andrés Rodríguez NF. Detección de diabéticos no diagnosticados en las farmacias comunitarias de la provincia de Pontevedra, *Pharm Care Esp* 2003;5: 166-169.
- Hackam DG, Khan NA, Hemmelgarn BR, Rabkin SW, Touyz RM, Campbell NR, et al. Canadian Hypertension Education Program. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2 - therapy. *Can J Cardiol* 2010; 26(5): 249-58.
- Hämmerlein A, Müller U, Schulz M. Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(1): 61-70.
- Heisler M, Hofer TP, Klamerus ML, Schmittiel J, Selby J, Hogan MM et al. Study protocol: the Adherence and Intensification of Medications (AIM) study -a cluster randomized controlled effectiveness study. *Trials* 2010; 11: 95.
- Hidalgo J, Cámara D, Baena MI, Fajardo PC, Martínez-Martínez. Barreras para la implantación del seguimiento farmacoterapéutico en las farmacias comunitarias de Granada (España). *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(3): 144-149.
- Hohmann C, Klotz JM, Radziwill R, Jacobs AH, Kissel T. Pharmaceutical care for patients with ischemic stroke: improving the patients quality of life. *Pharm World Sci* 2009; 31(5): 550-558.
- Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos. [acceso diciembre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Why Multiple Chronic Diseases? Why now? What is going on around the world?. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. [acceso diciembre 2010]. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>
- Kiel PJ, McCord AD. Pharmacist impact on clinical outcomes in a diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann Pharmacother* 2005; 39(11): 1828-1832.
- Koshman SL, Charrois TL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med*. 2008; 168(7): 687-694.
- Lee JK, Grace Ka, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(21): 2563-2571.

- Lee TA, Shields AE, Vogeli C, Gibson TB, Woong-Sohn M, Marder WD, et al. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *J Gen Intern Med* 2007; 22(Supl 3): 403-407.
- Lewis NJ, Bugdalski-Stutrud C, Abate MA, Blommel M, Wu CH, Gaither CA. The Medication Assessment Program: comprehensive medication assessments for persons taking multiple medications for chronic diseases. *J Am Pharm Assoc* 2008; 48(2): 171-180.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15/11/2002).
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 178, (27/7/2006).
- Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother*, 2007; 41 (10): 1566-82.
- Magadza C, Radloff SE, Srinivas SC. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. *Res Social Adm Pharm* 2009 Dec; 5(4): 363-375.
- Martí R, Via MA, Capdevila C, Fernández MP. Atención farmacéutica a pacientes con patología respiratoria. Estudio pluridisciplinar entre el hospital y la atención primaria. *Pharm Care Esp* 2004; 6(4): 225-234.
- Martin Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Program of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Design* 2004; 10: 3969-3985.
- Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 205-210.
- Martínez Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Perras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica* 2001; 42(1): 53-65.
- McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital Admissions Resulting from Preventable Adverse Drug Reactions. *An Pharmacother* 2002; 36: 1331-1335.
- McGowan N, Cockburn A, Strachan MW, Padfield PL, Mcknight JA. Initial and Sustained Cardiovascular Risk Reduction in a Pharmacist-led Diabetes Cardiovascular Risk Clinic. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2008; 8(1): 34-38.

- McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, King KM, Makowsky MJ, Jones CA, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists-Hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med* 2008; 168: 2355-2361.
- Menéndez Torre E, Lafita Tejedor J, Artola Menéndez S, Millán Núñez-Cortés J, Alonso García A. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Documento de Consenso. *Av Diabetol* 2010; 26: 331-338.
- Monane M, Bohn RL, Gurwitz J. H, Glynn RJ, Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure in the elderly. *Arch Intern Med* 1994; 154: 433-437.
- Murray MD, Ritchey ME, Wu J, Tu W. Effect of a pharmacist on adverse drug events and medication errors in outpatients with cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2009; 169: 757-763
- Odegard PS, Goo A, Hummel J, Williams KL, Gray SL. Caring for poorly controlled diabetes mellitus: A randomized pharmacist intervention. *Ann Pharmacother* 2005; 39(3): 433-440.
- Osterberg L, Baschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-497
- Otero M. Implementación de la atención farmacéutica en la dispensación con receta electrónica en la provincia de Pontevedra. [Tesis de Master]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2010.
- Otero-López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo JA, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 81-87.
- Owens C, Baergen R, Cady P. Multistate survey of primary care physician and midlevel provider attitudes toward community pharmacists. *J Am Pharm Assoc* 2009; 49(4): 538-43.
- Pace AE, Ochoa-Vigo K, Larcher Carili MH, Morais Fernández AP. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(5): 10.
- Panel de Consenso. Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Pharm Care Esp* 1999; 1(2): 107-112.
- Panel de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharmaceutica* 2007; 48(1): 5-17.
- Pastor Sánchez R, Alberola Gómez-Escolar C, Álvarez de Toledo Saavedra F, Fernández de Cano Martín N, Solá Uthurry N. Clasificación de

- Derivaciones Fármaco-terapéuticas (CDF). MEDAFAR. Madrid: IMC; 2008. ISBN 978-84-691-8426-4
- Paulino EI, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H. ESCP-SIR Rejkajavik Community Pharmacy Research Group. Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. *Pharm World Sci* 2004; 26: 353-60.
- Pickard AS, Hung SY. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. *Ann Pharmacother* 2006; 40: 1623-1634.
- Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scout KA, Walley JT, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ* 2004; 329(3): 15-19.
- Plaza L, Herrera J. El Nuevo reto de la atención farmacéutica: la búsqueda del acuerdo entre profesionales. *Pharm Care Esp* 2003; 5: 160-165.
- Ponniah A, Anderson B, Shakib S, Doecke CJ, Angley M. Pharmacists' role in the post-discharge management of patients with heart failure: a literature review. *J Clin Pharm Ther* 2007; 32: 343-352.
- Prieto L, Badía X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten Primaria* 2001; 28: 201-209.
- Ramón Gomis JL, Herrera-Pombo A, Calderón C, Rubio-Terrés P. Validación del cuestionario "Diabetes treatment satisfaction questionnaire" (DTSQ) en la población española. *Pharmacoeconomics* 2006; 3: 7-18.
- Raschetti R, Morutti M, Menniti-Ippolito F, Belisari A, Rossignoli A y col. Suspected adverse drug events requiring emergency department visits or hospital admissions. *Eur J Clin Pharmacol* 1999; 54: 959-963.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Richmond S, Morton V, Cross B, Wong CK, Russell I, Philips Z, et al. Effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract*. 2010; 60(570): e10-e19.
- Rigby D. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. *Aust Prescr* 2010; 33: 191-193.
- Roberts AS, Hoop T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H, et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organizational theory. *Pharm World Sci* 2003; 25(5): 227-234.
- Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus NJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40(8): 413-417

- Rossing C, Hansen EH, Krass I. Barriers and facilitators in Pharmaceutical Care: perceptions and experiences among Danish community pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 2001; 19: 55-64.
- Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, Pratt N, Ryan P, Peck R, et al. The effectiveness of collaborative medicine reviews in delaying time to next hospitalization for patients with heart failure in the practice setting. *Circ Heart Fail* 2009; 2: 424-8.
- SEFAC-CV. Criterios de derivación del farmacéutico al médico general/familia ante mediciones esporádicas de presión arterial. Consenso entre la Sociedad Valenciana de Hipertensión y Riesgo Vascular (SVHTAyFV) y la Sociedad de Farmacia Comunitaria de la Comunidad Valenciana (SFaC-CV). 2007.
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria-SEFAC Opina. [Acceso diciembre 2010]. Disponible en <http://www.sefac.org>.
- Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney K, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ* 2006; 333: 15.
- Smith F. Private local pharmacies in lowand middle-income countries: a review of interventions to enhance their role in public health. *Trop Med Int Health*. 2009; 14(3): 362-372.
- Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, Smith RB. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Social Adm Pharm* 2010; 6(4): 307-323.
- Spruill WJ, Wade WE, Taylor AT, Burke SI, Longue L. A survey of pharmacists opinions on both the value of and reasons for providing various pharmaceutical care services. *J Soc Adm Pharm* 2003; 20: 213-218.
- Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990; 24: 1093-1097.
- Testa MA. Mejorar la terapia de diabetes: aumentar la satisfacción. *Diabetes Voice* 2003; 48(4): 5.
- The Academy of Managed Care Pharmacy's. Concepts in Managed Care Pharmacy. Pharmacists' Cognitive Services. [acceso Diciembre 2010]. Disponible en: <http://www.amcp.org>
- Tomas R, Madrilejos R, Llorens C, Moral M, Arévalo MJ, Cullell C y cols. Atención farmacéutica integrada: proyecto de colaboración entre un centro de atención primaria y las farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp* 2006; 8(3): 96-146.
- Tuneu L, Silva-Castro MM. El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico. *Pharm Care Esp* 2008; 10(3): 120-130.

- Van Dulman S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 55.
- Van Mil JWF, de Boer WO, Tromp ThFJ. European barriers to implementation of Pharmaceutical care. *Int J Pharm Pract* 2001; 9: 163-168.
- Vazquez V, Chacón J, Espejo J, Faus MJ. Resultados del seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2004; 2(3): 189-194.
- Vivian EM. The pharmacist's role in maintaining adherence to insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Consult Pharm* 2007; 22(4): 320-32.
- Walker AE. Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illn* 2007; 3(3): 202-218.
- Wermeille J, Bennie M, Brown I, McKnight J. Pharmaceutical care model for patients with type 2 diabetes: Integration of the community pharmacist into the diabetes team-a pilot study. *Pharm World Sci* 2004; 26(1):18-25.
- West D, Blevins MA, Brech D, Stotts F, Gardner S. A multidisciplinary approach in a community pharmacy can improve outcomes for diabetes patients. *Diabetes Educ* 2003; 29(6): 962-968.
- Wilper AP, Woolhandler S, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. A national study of chronic disease prevalence and access to care in uninsured US adults. *Annals of Internal Medicine* 2008; 149: 170-6
- Withley HP, Fermo JD, Ragucci K, Chumney EC. Assessment of patient knowledge of diabetic goals, self-reported medication adherence and goal attainment. *Pharmacy Practice* 2006; 4(4): 183-190.
- World Health Organization. Chronic Diseases. Geneva: WHO. [acceso diciembre 2010]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases.
- World Health Organization. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos (1985): Nairobi. Ginebra: OMS; 2001.

