programa
DADER
Seguimiento Farmacoterapéutico

MÉTODO DÁDER GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Tercera edición, 2007

MÉTODO DÁDER

programa DADER

GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Tercera edición, 2007

Daniel Sabater Hernández
Martha Milena Silva Castro
María José Faus Dáder

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica
Universidad de Granada
GIAF-UGR (CTS-131)

MÉTODO DÁDER

GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Tercera Edición

2007

Daniel Sabater Hernández
Martha Milena Silva Castro
María José Faus Dáder

AUTORES

Daniel Sabater Hernández
Licenciado en Farmacia
Master Universitario en Atención Farmacéutica.
Responsable del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico
Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada.

Martha Milena Silva Castro
Química Farmacéutica. Universidad Nacional de Colombia
Farmacéutica de Hospital
Master Universitario en Atención Farmacéutica.
Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada.

María José Faus Dáder
Doctora en Farmacia
Profesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular
Responsable del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica.
Universidad de Granada.

© de los textos: De los autores
© de la edición: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada.
Imprime: La Gráfica S.C.And. Granada
I.S.B.N.: 978-84-608-0604-2
Depósito Legal: GR-1.843/2007

AGRADECIMIENTOS

A José Pedro García-Corpas porque sin su valiosa colaboración no se hubiera podido finalizar esta guía.

A Francisco Martínez-Romero, Fernando Fernández-Llimós y Manuel Machuca por haber desarrollado las dos primeras ediciones de esta Guía sobre el Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico, a partir de las cuales ha sido posible esta tercera edición. Gracias por todo el trabajo que hemos compartido con vosotros, que sin duda ha sido parte fundamental en nuestro crecimiento y formación en esta materia.

A Marta Parras, porque sobre ella recayó la mayor parte del trabajo en los primeros años del Programa Dáder.

A Jaime Vargas, Inés Azpilicueta, Mariam Beidas y Gerardo Colorado, por compartir con nosotros tantas tardes de discusión o más bien, de charlas productivas. Gracias a esos momentos, que no han sido pocos, ni breves, han surgido y se han madurado muchas ideas, que ahora se recogen en el texto. Tenemos la certeza de que continuaremos compartiendo estos fantásticos ratos muchas veces más.

A Fernando Martínez, Miguel Ángel Gastelurrutia, Ingrid Ferrer, Pedro Amariles, José María Araujo, Narjis Fikri, Emilio García, Estefanía López y Lorena González, por haber realizado el formidable trabajo de leer el documento de la guía (primeras versiones y pruebas) y haber realizado las sugerencias que creían oportunas.

A Ana Ocaña, que nos ha aportado el caso que sirve de ejemplo en esta guía.

Al resto de los actuales miembros del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada: Sonia Anaya, José Manuel Arias de Saavedra, Isabel Baena, Luis Baró, Neus Caelles, Miguel Ángel Calleja, Mª Ángeles Campos, Beatriz Carreras, Clarice Chemello, José Espejo, Paloma Fajardo, Mª José Ferrer, Macarena Flores, Pilar García-Delgado, Paloma Gastelurrutia, Francisco González, José Ibáñez, Almudena Jiménez, Mª Dolores Llamas, Inês Nunes da Cunha, Mª Rosario Marín, Ángel Martín, José Martínez, Ana Moreno, Antonio Pintor, Ana Rosa Rubio, Loreto Sáez-Benito, Amparo Torres y Laura Tuneu. Porque cada proyecto que hemos compartido con vosotros constituye una parte más de lo que somos.

Finalmente, queremos reconocer el trabajo realizado por los coordinadores del Programa Dáder en los distintos países y provincias, que ha permitido que el Método Dáder evolucione, y sobre todo a los cientos de farmacéuticos que han realizado seguimiento farmacoterapéutico a miles de pacientes, porque gracias a su esfuerzo, han conseguido que la mayoría de ellos mejoren en su estado de salud.

Los autores.

Índice

CONTENIDO

1. ABREVIATURAS 7

2. INTRODUCCIÓN 9

2.1. Aproximación al concepto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) 10

2.2. Documentación del Seguimiento Farmacoterapéutico 13

2.3. Historia farmacoterapéutica del paciente 14

3. RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN (RNM) 19

3.1. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en el Segundo Consenso de Granada 19

3.2. La evolución del término PRM 21

3.2.1. Resultados negativos asociados a la medicación 21

3.2.2. La actualidad del término PRM 23

3.3. Importancia de los resultados negativos asociados a la medicación 25

3.4. Sospechas de resultados negativos asociados a la medicación 26

3.5. Clasificación de los resultados negativos asociados a la medicación 27

4. MÉTODO DÁDER DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO 29

4.1. Oferta del servicio 31

4.2. Entrevista farmacéutica: primera entrevista 34

4.2.1. Estructura y desarrollo de la primera entrevista farmacéutica 35

4.2.2. Aspectos de la comunicación a tener en cuenta durante la entrevista farmacéutica 42

4.3. Estado de situación 43

4.3.1. Estructura y cumplimentación del estado de situación 44

4.3.2. Normas y recomendaciones para elaborar el estado de situación 48

4.4. Fase de estudio 50

4.4.1. Fase de estudio de los problemas de salud 51

4.4.2. Fase de estudio de los medicamentos 55

4.4.3. ¿Dónde se puede encontrar la información para el SFT? 59

4.5. Fase de evaluación 61

4.6. Fase de intervención: plan de actuación 66

4.6.1. Características y generalidades del plan de actuación 66
4.6.2. Pasos para diseñar el plan de actuación 68
4.7. Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención farmacéutica) 77
4.7.1. Registro de las entrevistas sucesivas 78
4.7.2. Registro de las intervenciones farmacéuticas 79

5. CASO PRÁCTICO GUIADO SEGÚN EL MÉTODO DÁDER 85
5.1. Oferta del servicio 85
5.2. Entrevista farmacéutica: primera entrevista 85
5.3. Primer estado de situación 91
5.4. Fase de estudio 92
5.5. Fase de evaluación 98
5.6. Fase de intervención: plan de actuación 100
5.6.1. Definición y priorización de los objetivos. Intervenciones farmacéuticas: planificación 100
5.6.2. Informe al médico 102
5.7. Entrevistas sucesivas (resultado de la intervención) 103
5.7.1. Nuevos estados de situación generados en el SFT 107
5.7.2. Nueva fase de estudio 108
5.7.3. Nuevas entrevistas con el paciente y nuevos estados de situación: evaluación de las intervenciones. 111
5.7.4. Fase de intervención: nuevas consideraciones en el plan de actuación 114
5.7.5. Agenda del paciente 116
5.7.6. Registro de las intervenciones farmacéuticas 117

6. BIBLIOGRAFÍA 119

1. Abreviaturas

AF: atención farmacéutica
AINE: antiinflamatorios no esteroideos
AMPA: automedida de la presión arterial
E: efectividad
ECV: enfermedad cardiovascular
EpS: educación para la salud
ES: estado de situación
FRCV: factor de riesgo cardiovascular
HBP: hipertrofia benigna de próstata
HTA: hipertensión arterial
IF: intervención farmacéutica
IMC: índice de masa corporal
Kg: kilogramos
m: metros
N: necesidad
PA: presión arterial
pa: principio activo
PRM: problema relacionado con los medicamentos
RCV: riesgo cardiovascular
RNM: resultado negativo asociado a la medicación
S: seguridad
SFT: seguimiento farmacoterapéutico
THS: terapia hormonal sustitutiva

2. Introducción

El objetivo que se pretende conseguir con la utilización de medicamentos es **mejorar la calidad de vida de los pacientes**, a través de la curación de las enfermedades o, cuando esto no es posible, controlando sus consecuencias y sus síntomas.

La importancia de este objetivo justifica la existencia de un gran número de medicamentos, cada vez con más calidad, eficaces y seguros, los cuales constituyen el "arma terapéutica" más empleada para mantener o mejorar la salud de la población.

Sin embargo, no siempre que un paciente utiliza un medicamento el resultado es óptimo. En muchas ocasiones la farmacoterapia falla. Esto se produce cuando los medicamentos hacen daño (no son seguros) y/o cuando no alcanzan el objetivo para el cual fueron prescritos (no son efectivos).

Estos fallos de la farmacoterapia han sido puestos de manifiesto en numerosos estudios, y en la actualidad no existe duda de que provocan pérdidas en la salud de los pacientes y provocan pérdidas económicas al conjunto de la sociedad[1-3]. No obstante, también se ha demostrado que los fallos de la farmacoterapia son evitables en un alto porcentaje[4,5]. Este hecho justifica el desarrollo del concepto de **Atención Farmacéutica (AF),** que pretende aportar soluciones a este auténtico problema de salud pública y ser una respuesta efectiva para detectar, prevenir y resolver los fallos de la farmacoterapia.

La Atención Farmacéutica engloba todas aquellas actividades asistenciales del farmacéutico orientadas al paciente que utiliza medicamentos. Entre estas actividades, el **seguimiento farmacoterapéutico (SFT)** presenta el mayor nivel de efectividad en la obtención de los mejores resultados en salud posibles cuando se utilizan medicamentos.

A grandes rasgos, el SFT es una práctica clínica que pretende monitorizar y evaluar, de forma continuada, la farmacoterapia del paciente con el objetivo de mejorar los resultados en salud. En la actualidad no hay duda, de que dentro del equipo sanitario que atiende al paciente, el profesional más cualificado para realizar SFT es el farmacéutico, por su formación específica en materia de medicamentos, por su accesibilidad y por su motivación para que su labor asistencial sea reconocida.

En resumen, la existencia de un problema de salud pública (los fallos de la farmacoterapia) que produce disminución de la calidad de vida y pérdidas económicas, requiere

del trabajo del farmacéutico (de modo asistencial), que realizando Atención Farmacéutica, y especialmente SFT, persigue disminuir la morbi-mortalidad asociada al uso de medicamentos, así como aprovechar al máximo la labor asistencial que puede desarrollar.

2.1. Aproximación al concepto de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)

En el marco legal, el SFT presenta dos connotaciones claras: es un servicio esencial que se debe prestar al paciente y supone una responsabilidad con la que el farmacéutico ha de cumplir.

Todo esto queda reflejado en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios[6]. En ella se expone que el trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica, tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, **seguimiento farmacoterapéutico** y apoyo profesional a los pacientes. En esta misma ley se recoge que debe establecerse un **sistema para el seguimiento de los tratamientos a los pacientes**, el cual se realizaría como parte de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la efectividad y seguridad de los medicamentos.

Previamente a esta Ley, en el 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a través del Documento de Consenso en Atención Farmacéutica[7], estableció los procedimientos de Atención Farmacéutica como aquellas actividades asistenciales del farmacéutico orientadas al paciente, y determinó que el SFT era una de éstas.

Actualmente se define seguimiento farmacoterapéutico (SFT) como "el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con 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"[8].

Seguimiento Farmacoterapéutico
• Práctica profesional • Detectar problemas relacionados con los medicamentos para prevenir y resolver resultados negativos asociados a la medicación • Implica un compromiso • De forma continuada, sistematizada y documentada • Colaborando con el paciente y con el resto del equipo de salud • Alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes

Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM. 2007

De esta definición de SFT es preciso que se consideren ciertos aspectos:

- El SFT constituye una actividad profesional, en la cual el farmacéutico tiene que asumir responsabilidades sobre las necesidades que los pacientes tienen con respecto a sus medicamentos. Por lo tanto, no se trata de una simple aplicación de conocimientos técnicos, sino que el farmacéutico tiene que ser capaz de utilizarlos y aplicarlos para evaluar e intervenir en cada situación.

- La detección, prevención y resolución de los resultados negativos asociados a la medicación conlleva inevitablemente la **monitorización y evaluación continuada** (ininterrumpida e indefinida en el tiempo) **de los efectos de los medicamentos que utiliza el paciente.** Esto convierte al SFT en una actividad clínica, en la que el farmacéutico va a detectar cambios en el estado de salud del paciente atribuibles al uso de la medicación. Para hacer este trabajo deberá utilizar y medir variables clínicas (síntomas, signos, eventos clínicos, mediciones metabólicas o fisiológicas) que permitan determinar si la farmacoterapia está siendo necesaria, efectiva y/o segura.

- La realización del SFT implica la necesaria **colaboración e integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar de salud** que atiende al paciente. Dentro de este equipo, el farmacéutico debe conocer y definir cúal es su función en el manejo y cuidado de los problemas de salud del paciente y aportar su juicio clínico, elaborado desde la perspectiva del medicamento, cuando lo crea conveniente.

- **El SFT ha de proveerse de forma continuada.** Esto significa que *el farmacéutico debe cooperar y* colaborar *con el paciente de forma indefinida en el tiempo (compromiso).* Para ello ha de implicarse no sólo en la prevención o resolución de los

RNM, cuando éstos aparezcan, sino también en el tratamiento integral de los problemas de salud del paciente. Y desarrollar labores educativas, monitorizar los tratamientos y sus efectos o, en general, realizar cualquier actividad que permita optimizar el cuidado de los problemas de salud y obtener el mayor beneficio posible de la farmacoterapia que utiliza el paciente. Para promover su continuidad en el tiempo, el SFT integra el **desarrollo de un plan de actuación** destinado a preservar o mejorar el estado de salud del paciente, y evaluar continuamente **los resultados** de las intervenciones realizadas para alcanzar tal fin[9].

- **El SFT se realiza de forma sistematizada.** Esto significa que se ajusta a unas directrices o pautas, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a que se alcance su objetivo: mejorar o mantener el estado de salud del paciente. Por tanto, el SFT necesita del diseño y desarrollo de procedimientos (métodos)[9-11], fácilmente aplicables en cualquier ámbito asistencial, que establezcan un modo estructurado y ordenado de actuar, y a la vez, centren el trabajo del farmacéutico. De esta forma, se pretende incrementar la eficiencia y la probabilidad de éxito del servicio de SFT.

  En este sentido, el **Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico**[12] desarrollado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada se presenta como una herramienta útil, que permite al farmacéutico seguir unas pautas claras y sencillas para realizar el SFT de forma sistematizada. Por otra parte, y en la línea de lo comentado en el punto anterior (*el SFT ha de proveerse de forma continuada*), el Método Dáder propone como parte de su procedimiento, el diseño de un plan de actuación con el paciente que promueva la continuidad del SFT en el tiempo.

  Estas dos características del SFT (continuado y sistematizado) serán tratadas ampliamente en el apartado del Método Dáder de SFT de esta guía.

- **El SFT debe realizarse de forma documentada.** La documentación del SFT es un aspecto determinante en el desarrollo de esta práctica asistencial. Esto supone que el farmacéutico adopte un papel activo en la elaboración de sistemas de documentación adecuados, que permitan registrar la actividad.

2.2. Documentación del Seguimiento Farmacoterapéutico

Como cualquier profesional que interviene en la actividad asistencial, el farmacéutico está obligado al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica[a] establecidos en la Ley 41/2002[13]. Esta obligación es resaltada y recogida nuevamente en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios[6].

Sobre la documentación clínica es importante señalar lo siguiente:

- Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual (privado) son **responsables de la gestión y de la custodia de la documentación clínica** que generen durante el proceso asistencial.

- En el SFT, al igual que el ámbito de la asistencia médica, **rige el principio del paciente en toda su extensión**. Entre sus repercusiones, el **consentimiento informado**[b] es una de las más importantes, tratándose de un claro exponente de la dignidad personal, que reconoce la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se le presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias[14].

- Los profesionales sanitarios han **de cumplir con sus responsabilidades en el tratamiento de los datos de carácter personal del paciente.** Para ello, sería necesario solicitar un **consentimiento específico en materia de protección de datos de carácter personal**, donde se informe al paciente sobre la finalidad, obligatoriedad y derechos que tiene sobre sus datos de salud en la documentación clínica; tal y como se establece en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal[15].

- Habida cuenta de lo establecido en esta ley, que considera a los datos en salud especialmente protegidos y sensibles, el manejo y tratamiento de dichos datos

---

a Documentación clínica: soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132.

b Consentimiento Informado: conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud'. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274; 40126-40132.

exige la aplicación de ciertas **medidas de seguridad** a la documentación clínica[15,16]**.** Estas medidas quedan establecidas en el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

En lo que respecta específicamente al SFT, la necesidad de documentarlo queda reflejada en el Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica[17]. En él se expone que la realización del SFT conlleva una serie de exigencias y requisitos ineludibles, entre ellos la "documentación y registro de la actividad, tanto de las intervenciones realizadas como de los resultados obtenidos".

En el marco europeo, esta responsabilidad del farmacéutico se recoge en la Recomendación del Consejo de Europa de 2001[18], relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. En ella se declara que el SFT comprende, entre otras cuestiones, "el establecimiento de un informe farmacéutico que incluya el historial del paciente, los medicamentos recetados, las informaciones clínicas, los resultados terapéuticos y biológicos disponibles, así como las recomendaciones hechas al paciente".

Toda la necesidad generada en torno a la documentación del SFT supone que el farmacéutico ha de adoptar una postura proactiva en el diseño e implantación de sistemas de documentación[19,20]. Sólo registrando y comunicando los resultados obtenidos se puede demostrar la conveniencia y la efectividad de la intervención del farmacéutico sobre la salud del paciente. Por otra parte, la información registrada debe servir para evaluar los procedimientos realizados durante el SFT. Este aspecto es determinante para mejorar la práctica diaria, para conseguir un mayor progreso de la actividad, y/o para lograr su adecuada implantación.

En resumen, una buena documentación es un soporte esencial para que tanto la práctica como la investigación en esta área se conviertan en realidad[21]. Con el fin de promover el registro de la información durante el desarrollo del SFT, el Método Dáder considera que la elaboración de la *historia farmacoterapéutica* del paciente, debe constituir el punto de partida y la base del trabajo del farmacéutico.

2.3. Historia farmacoterapéutica del paciente

La *historia farmacoterapéutica* es el conjunto de documentos, elaborados y/o recopilados por el farmacéutico a lo largo del proceso de asistencia al paciente, que contienen los datos, valoraciones (juicios clínicos) e informaciones de cualquier índole, destinados a monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia utilizada por el paciente.

A grandes rasgos, en la historia farmacoterapéutica se recoge información sobre:

- **Motivo de la oferta del servicio de SFT.**
- **Problemas de salud y efectos o resultados derivados del uso de la farmacoterapia.** La historia farmacoterapéutica ha de contener aquella información clínica[c] que permita valorar el estado de salud del paciente y los cambios que en él se producen, consecuencia del uso de los medicamentos:
    - Mediciones clínicas (ej. cifras de glucemia, presión arterial, etc.)
    - Síntomas y signos
    - Eventos clínicos
    - Otras valoraciones que pueda realizar el paciente sobre la evolución de sus problemas de salud.

  La importancia de esta información radica en que será la que posibilite evaluar los efectos de la farmacoterapia.

- **Farmacoterapia del paciente.** Se incluirá información sobre fechas de inicio y fin del uso de los medicamentos, ajustes en las dosis, dosificación y pautas, modificaciones de la forma farmacéutica y vía de administración, médicos prescriptores, etc.

- **Valoraciones del farmacéutico.** En la historia farmacéutica se ha de recoger cualquier juicio elaborado por el farmacéutico acerca del estado de salud y la farmacoterapia del paciente. Estas apreciaciones suelen constituir, en multitud de ocasiones, el fundamento de las decisiones tomadas durante el SFT.

- **Planificación, evolución y resultado de las intervenciones farmacéuticas realizadas para mejorar o preservar los resultados de la farmacoterapia.** Se trata de toda aquella información relacionada con las acciones emprendidas por el farmacéutico destinadas a conseguir los objetivos planteados con el paciente durante el SFT. Se anotarán los cambios producidos en la conducta y comportamientos del paciente, las decisiones médicas tomadas en respuesta a las intervenciones realizadas, así como aquella información que permita determinar la evolución del estado de salud del paciente tras las mismas.

---

c **Información clínica:** todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132.

- **Consentimiento informado, informes al médico y a otros profesionales de la salud.**
- **Datos de contacto del paciente.**

Para facilitar la elaboración de la historia farmacoterapéutica, el Método Dáder propone utilizar una serie de documentos de registro, que permiten ir recogiendo la información generada durante el SFT de forma ordenada y estructurada. Entre estos documentos de registro se encuentran:

1) **La carpeta de historia farmacoterapéutica,** que sirve de cubierta para todos los documentos que se vayan acumulando durante el proceso asistencial al paciente. Además, servirá para anotar el motivo que dio lugar a la oferta del servicio y al inicio del SFT.
2) ***Las hojas de entrevista farmacéutica***, que permiten recoger información sobre los problemas de salud, los medicamentos y los parámetros clínicos (medibles) del paciente.
3) ***El estado de situación***, destinado al análisis del caso y a la evaluación de la farmacoterapia.
4) ***Las hojas de plan de actuación***, donde se definen los objetivos a conseguir con el paciente y se programan las intervenciones farmacéuticas emprendidas para alcanzarlos.
5) ***Las hojas de entrevistas sucesivas***, donde se anotará la información procedente de los encuentros reiterados con el paciente.
6) ***Las hojas de intervención***, que resumen las intervenciones realizadas para mejorar o preservar el estado de salud del paciente y sirven como sistema de notificación con el programa Dáder de SFT.

Todos estos documentos podrán archivarse, como parte de la historia farmacoterapéutica del paciente (en el interior de la carpeta diseñada a tal efecto) junto con otros de diversa procedencia (ej. informes médicos, analíticas de laboratorio, documentos de registro de la dispensación e indicación farmacéutica, entre otros).

Historia Farmacoterapéutica

Paciente: _____

Código Dáder: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐

Datos de Contacto

Dirección: _____

e-mail: _____

Teléfono: _____

programa DADER

Seguimiento Farmacoterapéutico

Carpeta de historia farmacoterapéutica. *Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.*

La historia farmacoterapéutica puede ser de gran utilidad y contribuir en el trabajo de otros profesionales de la salud que atienden al paciente, ya que recoge información específica sobre la farmacoterapia y sobre el estado de salud del paciente, consecuencia del uso de los medicamentos. Por tanto, la historia farmacoterapéutica constituye una parte específica, y a la vez, un valioso complemento de la historia clínica del paciente.

Según la legislación vigente, la gestión y custodia de la historia farmacoterapéutica es responsabilidad del farmacéutico y/o del servicio de farmacia que atiende al paciente. Cada establecimiento donde se realice el servicio de SFT ha de establecer unas normas y un orden para el adecuado almacenamiento y acceso a la información de la historia farmacoterapéutica[13,15].

Es conveniente que la información contenida en la historia farmacoterapéutica pueda ser recuperada, de forma eficaz, para su consulta. Idealmente, debe recogerse en algún formato informatizado[22]. Con el fin de conseguir este propósito e informatizar la historia farmacoterapéutica de los pacientes, el Programa Dáder de SFT ha desarrollado una aplicación denominada **DaderWeb**.

DaderWeb[23] es un sistema web online que incorpora una serie de utilidades (módulos) diseñadas para apoyar, facilitar el trabajo y favorecer la comunicación de los farmacéuticos que realizan SFT. Entre estas utilidades se encuentra una destinada a elaborar y gestionar la historia farmacoterapéutica informatizada del paciente (se evita el registro de la información en papel). Además, esta gestión de la historia farmacoterapéutica está pensada para poder desarrollar las distintas fases del Método Dáder de SFT: elaboración y evaluación de los estados de situación del paciente, diseño del plan de actuación, etc.

El uso de DaderWeb es gratuito e independiente. Los únicos requisitos para la utilización de la herramienta por parte de los farmacéuticos es un ordenador con conexión a Internet, un navegador WWW y la aceptación de la solicitud de alta por parte de la coordinación del Programa Dáder.

3. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM)

3.1. Problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en el Segundo Consenso de Granada (2002).

En 1990 Strand y col[24] publicaron el primer artículo en el que se trató conceptualmente el término "drug-related problems", traducido al español como Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM). Desde entonces, y hasta el año 2007, el debate acerca de la idoneidad y significado de este término permaneció abierto.

En España, el término PRM se definió por primera vez en 1998, en el primer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos[25]. Diferentes interpretaciones de la definición original supusieron que el concepto se revisara nuevamente en el año 2002, en el Segundo Consenso de Granada[26], donde finalmente quedó enunciado como "problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados".

Es preciso detenerse en ciertos aspectos de esta definición:

- Según la WONCA[27], **resultado** se define como un "cambio del *estado de salud* [d] atribuible al antecedente de la intervención sanitaria". Otros autores, como Badía y Bigorra[28] definen resultado, de forma similar a la anterior, como el "efecto atribuible a una intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo".
  Al hablarse de PRM como *"...resultados..., derivados de la farmacoterapia..."*, se entiende que éstos eran la consecuencia (*cambio* en el estado de salud) derivada del uso (o del desuso) de los medicamentos, que, en este caso, constituirían la intervención sanitaria. Por tanto, los PRM no debían de confundirse con los problemas que pudieran aparecer o producirse durante el proceso de uso de los medicamentos, que, en todo caso, podrían ser las causas de los PRM (ej. sobredosificación de un medicamento).

---

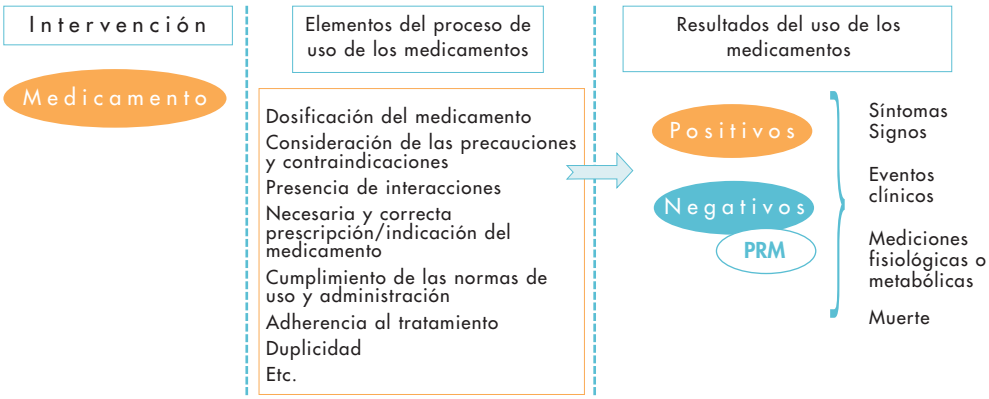
d **Estado de Salud:** descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud. Referencia: adaptada del Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos Nº 9, OMS, Ginebra, 1984.

- Los PRM se consideraban "...resultados clínicos negativos...". En 1993, Kozman y col[29] definieron, en el llamado ECHO model, los distintos tipos de resultados que cabe esperar de cualquier actividad sanitaria y los clasificaron en: humanísticos, económicos y clínicos. Por definición, los PRM pertenecían a este último grupo de resultados en salud.
  En la misma línea de lo comentado anteriormente, la WONCA[27] define resultado clínico como "un estado de salud, en un momento determinado, consecuencia de una intervención/situación clínica previa (enfermedad, tratamiento, experimento, etc.)".

  En el caso de los PRM, el matiz "negativos" supuso que el estado de salud del paciente se entendiera como algo no deseado, como una desviación de la normalidad, es decir, tal y como se enunció en la definición dada por el Segundo Consenso de Granada: los PRM como "problemas de salud"[e].

- Para medir los resultados clínicos y, en consecuencia, los cambios en el estado de salud existen distintos tipos de variables. Por extensión estas variables también servirían como medidas de resultados clínicos negativos derivados de la farmacoterapia (PRM).

  Los tipos de variables clínicas utilizadas para medir resultados clínicos son: los síntomas (ej. dolor) y signos (ej. tos), los eventos clínicos (ej. infarto agudo de miocardio), las medidas fisiológicas o metabólicas (ej. niveles de glucemia) y la muerte[28].



e **Problema de salud:** "cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente".

Con frecuencia, estas variables clínicas son utilizadas en investigación como medidas de resultado para evaluar el funcionamiento o la efectividad de una determinada intervención o tratamiento (en este caso los medicamentos).

3.2. La evolución del término PRM

3.2.1. Resultados negativos asociados a la medicación

Como ya se ha visto anteriormente, uno de los puntos claves en la definición de PRM dada por el **Segundo Consenso de Granada** es que los **PRM eran resultados** (clínicos negativos) y, por tanto, **no debían confundirse con aquellos fallos o problemas que puedan aparecer o producirse durante el proceso de uso de los medicamentos**, que, en todo caso, podrían ser causas de PRM.

Un ejemplo que va a permitir entender esta distinción entre causas y resultados se observa con la sobredosificación (exceso de la cantidad de fármaco que se administra de una vez). Si la sobredosificación se hubiera considerado un PRM, se habría asumido, por definición, que es un problema de salud, un resultado clínico negativo. Sin embargo, esto no es así. Y no lo es porque la sobredosificación no se mide utilizando una variable clínica (que como se ha comentado anteriormente se utilizan como medidas de resultados clínicos); la sobredosificación se mide, por ejemplo, mediante la cantidad de fármaco que se ha administrado. Es erróneo pensar que la sobredosificación se podría estar midiendo al monitorizar la evolución de un determinado parámetro (ej. modificaciones de la presión arterial), ya que lo que se estaría haciendo en este caso, sería determinar el posible efecto de la sobredosificación sobre una variable clínica.

Por tanto, según se estableció en el Segundo Consenso de Granada, la sobredosificación podía ser la causa de aparición de un PRM, pero nunca un PRM como tal; ya que es un elemento del proceso de uso de los medicamentos y no un resultado de este proceso.

Este mismo razonamiento podría realizarse para el incumplimiento, la interacción farmacológica, la duplicidad, etc. Todos ellos, al igual que la sobredosificación, son problemas que pueden aparecer durante el proceso de uso de los medicamentos e influir sobre las variables clínicas del paciente.

En 2005, Fernández-Llimós y col[30] publicaron un artículo en el que se realiza una revisión del concepto problemas relacionados con los medicamentos y problemas de la farmacoterapia y sus relaciones con otros conceptos, como los resultados negativos de la medicación.

En el trabajo los autores explican como el término PRM es ampliamente utilizado en la literatura, pero no siempre representando al mismo concepto. Bajo las diversas definiciones y clasificaciones de PRM se han mezclado proceso (causas) y resultados. En este sentido, destacan las clasificaciones de algunos grupos y sociedades científicas de referencia, como por ejemplo: la PI-doc[31], la de la American Society of Health System Pharmacist[32], la propuesta por Cipolle y col[33], o más recientemente la de la PCNE v.4.0[34] y la publicada por Abu Ruz[35]. En ellas aparecen como PRM las interacciones, el incumplimiento (falta de adherencia al tratamiento) o la infradosificación, entre otros. Según lo expuesto en el Segundo Consenso de Granada, éstos son problemas o fallos del proceso de uso de los medicamentos y serían las causas de aparición de PRM.

No obstante, este hecho no se limita sólo a unas cuantas clasificaciones aceptadas o adoptadas por ciertos grupos o sociedades científicas, sino que también se refleja en gran cantidad de artículos publicados por muchos otros autores que igualmente mezclan elementos del proceso de uso de medicamentos con resultados. Por ejemplo, Alegre y col[36] mencionan los errores en la administración o la duplicidad como PRM.

Otro hecho reseñable que se expone en el trabajo de Fernández-Llimós y col[30] es la diversidad de términos que se han llegado a emplear, sobre todo en la literatura anglosajona, para referirse a los PRM. Esto puede hacer aún más difícil la posibilidad de concretar de manera uniforme un concepto. Algunos ejemplos son: drug-related problems (DRP), drug therapy problems (DTP), medicine-related problems (MRP), medication-related problems (MTP), pharmacotherapy failures, drug treatment failure y pharmacotherapy problem.

Entre los principales problemas originados por la existencia de esta diversidad de términos utilizados para denominar a los **"efectos negativos producidos por los medicamentos"**, que además, no presentan un significado común, se encuentra la dificultad que va a existir para conocer su **incidencia real,** y para **comparar los resultados** obtenidos en los diferentes estudios.

Toda esta confusión que generaba el término PRM hacía cada vez más necesaria la utilización de términos biomédicos, que siendo comúnmente aceptados, gozaran de una mayor especificidad y no se prestasen a debate. En este sentido, Fernández-Llimós y col[30,37] propusieron la utilización de: **resultados clínicos negativos de la medicación.**

El uso de esta "nueva terminología" para designar a los PRM fue consensuado posteriormente por un grupo de expertos (Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM), que finalmente adoptó el término de **resultados negativos asociados al uso de los**

medicamentos; de forma abreviada **resultados negativos asociados a la medicación (RNM)**[8]**.**

Los **RNM** son problemas de salud, ***cambios no deseados en el estado de salud del paciente atribuibles al uso (o desuso) de los medicamentos. Para medirlos se utiliza una variable clínica (síntoma, signo, evento clínico, medición metabólica o fisiológica, muerte), que no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente.***

Si se recuerda la definición de PRM dada en el Segundo Consenso de Granada (PRM: …entendidos como resultados clínicos negativos…), en este punto del texto, se puede observar que el concepto de resultado clínico se mantiene (prevalece), independientemente del término empleado para designarlo (PRM vs. RNM).

3.2.2. La actualidad del término PRM

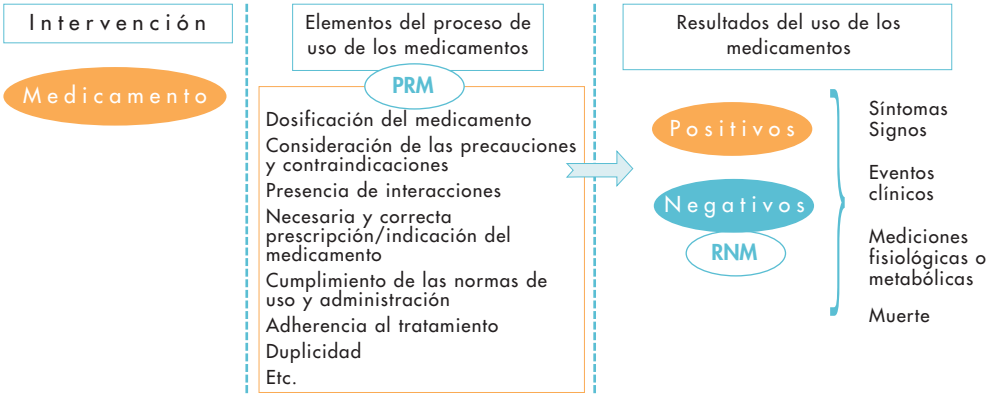
Una vez aclarada la necesidad de utilizar términos de mayor especificidad (RNM), que se presten a la menor confusión posible, es preciso comenzar a emplearlos.
No obstante, este paso no es fácil de dar. Esto se debe fundamentalmente a que el término PRM se encuentra muy arraigado y extendido en el ámbito profesional farmacéutico, como se puede deducir de la cantidad de años que se lleva hablando de él en España y otras partes del mundo.

A pesar de esta dificultad, la **transición de un término a otro se hace cada vez más indispensable**, ya que, además de suponer un cambio apropiado, **el término PRM ha dejado de ser equivalente a RNM, y pasa a utilizarse para definir un nuevo concepto.**

Este nuevo concepto de PRM se ha propuesto desde Foro de Atención Farmacéutica[38]. Esta institución política y de las ciencias relacionadas con el mundo de la farmacia, consciente de la importancia de un lenguaje común, ha asumido el compromiso de consensuar una serie de definiciones, de manera que todos los profesionales que se encuentren relacionados, de la forma que sea, con la Atención Farmacéutica, utilicen los mismos términos con idéntico significado.

Las distintas instituciones y sociedades científicas que constituyen Foro son: el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, las Sociedades Científicas de Atención Primaria (SEFAP), de Farmacia Comunitaria (SEFaC), y de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Fundación Pharmaceutical Care España, el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y la Real Academia Nacional de Farmacia.

En lo que respecta al término PRM, FORO propone que pasen a denominarse PRM ***"aquéllas circunstancias que causan o pueden causar la aparición de un resultado negativo asociado al uso de los medicamentos".*** Por tanto, los PRM pasan a ser todas aquellas circunstancias que suponen para el usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir RNM. **En este momento, los PRM dejan de ser conceptualmente equivalentes a los RNM, quedando perfectamente diferenciados.**



Además, FORO propone un listado, no exhaustivo ni excluyente, de PRM que pueden ser señalados como posibles causas de un RNM:

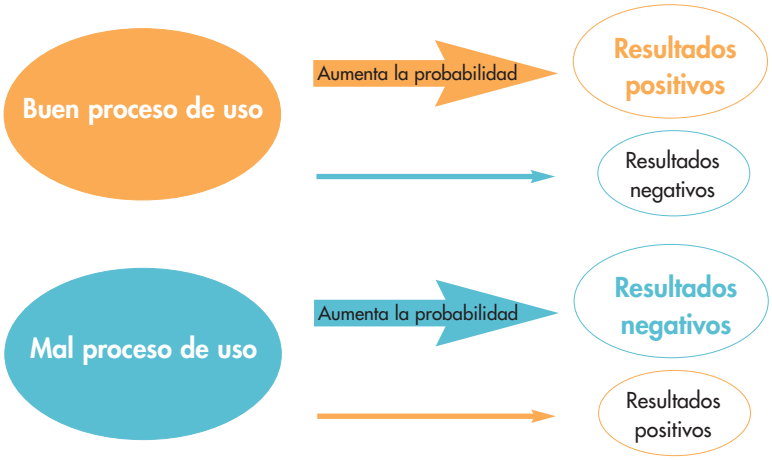
- Administración errónea del medicamento
- Características personales
- Conservación inadecuada
- Contraindicación
- Dosis, pauta y/o duración no adecuada
- Duplicidad
- Errores en la dispensación
- Errores en la prescripción,
- Incumplimiento
- Interacciones
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

3.3. Importancia de los resultados negativos asociados a la medicación

Considérese el caso de un paciente hipertenso, correctamente diagnosticado, tratado con el fármaco que más se ajusta a su situación clínica, que ha sido correctamente asesorado sobre el uso del medicamento y que presenta una adecuada adherencia a las instrucciones recibidas y a la pauta prescrita. La pregunta es: *¿garantizan todos estos hechos que la presión arterial del paciente esté controlada durante las 24 horas del día?* Responder que sí sería arriesgado, ya que son numerosos los casos en los que, por diversos motivos, no van a alcanzarse los resultados deseados.

Es preciso entender que **garantizar el proceso de uso de un medicamento no asegura que se alcancen resultados positivos en el paciente.**

Esta falta de correlación entre el proceso de uso de los medicamentos y los resultados obtenidos, hace necesario que toda práctica asistencial se deba de centrar indispensablemente en los resultados en salud del paciente, que son los que verdaderamente determinan el grado de beneficio o daño para el mismo.



Relación entre proceso de uso de los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación.

En cualquier caso, es esencial asegurar o garantizar el proceso de uso de los medicamentos, ya que, sin duda, aumenta notablemente la probabilidad de éxito en el resultado.

Por su elevado interés y relevancia, es necesario que los resultados en salud derivados de cualquier actividad asistencial farmacéutica sean debidamente valorados y medidos. Sólo de esta forma se podrá evaluar y demostrar la conveniencia y efectividad de la

intervención del farmacéutico sobre el conjunto de la salud del paciente. En ocasiones, la ausencia de resultados o la ausencia de mejoría en los mismos se han usado como argumento en contra de la conveniencia de la intervención del farmacéutico. En el campo de la investigación, no medir los resultados clínicos de una intervención o tratamiento se considera una debilidad en cualquier estudio de una práctica asistencial.

El hecho de conferirle tanta importancia a los resultados de la farmacoterapia no implica que no se preste atención o no se traten de solucionar las "incidencias" que puedan detectarse en el proceso de uso de los medicamentos (PRM). De hecho, estos problemas podrán ser identificados con mayor facilidad y frecuencia que los propios resultados negativos, sobre todo durante procesos asistenciales como el de dispensación, en el que ha de asegurarse que el paciente conoce la correcta forma de uso y administración de los medicamentos.

3.4. Sospechas de resultados negativos asociados a la medicación

Si se recuerda la definición de SFT[8], éste es: *"el servicio profesional que tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con 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".*

De esta definición se desprende que:

- El SFT procura resolver **RNM manifestados en el paciente.** Éstos podrán ser detectados, ya que existen variables clínicas que permiten confirmar su presencia.

- El SFT también trata de **prevenir la aparición o manifestación de RNM en el paciente.** Estos RNM no han aparecido, pero presentan una elevada probabilidad de hacerlo, o bien, no existe la posibilidad de confirmar su presencia, por no disponer de una variable clínica que permita valorar su estado (existe el problema de salud, pero no puede ser medido).
  En estos casos, aunque no se pueda confirmar la presencia del RNM, lo que sí podrá identificarse es la(s) situación(es) de riesgo (PRM u otras causas) que aumenta la probabilidad de que el RNM aparezca o se manifieste. En estos casos se hablará de **sospechas de resultados negativos de la medicación.**

Por tanto, se considera que existe una "sospecha de RNM" cuando se identifica una situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un problema de salud asociado al uso de medicamentos, generalmente por la existencia de uno o más PRM, a los que podemos considerar como factores de riesgo del RNM.

Para entender este concepto se propone el siguiente ejemplo: paciente con diabetes tipo 2 que no presenta adherencia a su tratamiento antidiabético oral. Se identifica un PRM (la no adherencia al tratamiento), que corresponde a la situación de riesgo que aumenta la probabilidad de que se evidencie la manifestación del problema (RNM): elevación de los valores de glucemia, hemoglobina glicósilada A1c. Antes de manifestarse el RNM en sí, la presencia del PRM (no adherencia) puede generar la aparición de una sospecha de RNM, sobre la que el farmacéutico podrá intervenir (ej. Promoviendo la adherencia) para evitar (prevenir) la manifestación del problema de salud.

3.5. Clasificación de los resultados negativos asociados a la medicación

La clasificación de los resultados negativos de la medicación es similar a la establecida para los PRM en el Segundo Consenso de Granada[26].
Para clasificar los RNM es necesario considerar las tres premisas con las que ha de cumplir la farmacoterapia utilizada por los pacientes: **necesaria** (debe existir un problema de salud que justifique su uso), **efectiva** (debe alcanzar los objetivos terapéuticos planteados cuando se instauró) y **segura** (no debe producir ni agravar otros problemas de salud).

El medicamento(s) que de lugar a la aparición de un RNM no cumpliría alguna de estas premisas. Así pues, el RNM (o la sospecha, en su caso) se clasificará en función de cual de estas premisas "no se cumple".

Con respecto a la clasificación de los PRM del Segundo Consenso de Granada, la propuesta para los resultados negativos asociados a la medicación presenta las siguientes diferencias:

- Desaparece el término PRM.
- Desaparecen los números que se asociaban a cada tipo de PRM.
- En el enunciado de los resultados negativos asociados a la medicación se sustituye la palabra "consecuencia" por "asociado", evitándose así una relación causal tan directa.

Clasificación de Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) [8]	
NECESIDAD	**Problema de Salud no tratado**. El paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesita. **Efecto de medicamento innecesario.** El paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita.
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.
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.

Por ejemplo:
Paciente con HTA (como único problema de salud), que tiene prescrito Enalapril 20 mg para su tratamiento (1-0-0), y que no presenta adhesión al tratamiento (lo toma un día sí, un día no). Sus valores medios de presión arterial son 160/100. El RNM es la elevación de la PA y se clasificaría como una **inefectividad** (es la premisa que no cumple el medicamento) **cuantitativa** (el paciente no toma la cantidad que le prescribieron). En este caso, el PRM sería el incumplimiento.

4. Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico

El **Método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico** es un procedimiento operativo sencillo que permite realizar SFT a cualquier paciente, en cualquier ámbito asistencial, de forma sistematizada, continuada y documentada. Su desarrollo permite registrar, monitorizar y evaluar los efectos de la farmacoterapia que utiliza un paciente, a través de unas pautas simples y claras.

El Método Dáder se basa en obtener información sobre los problemas de salud y la farmacoterapia del paciente para ir elaborando la historia farmacoterapéutica. A partir de la información contenida en dicha historia se elaboran los estados de situación del paciente, que permiten visualizar el "panorama" sobre la salud y el tratamiento del paciente en distintos momentos del tiempo, así como evaluar los resultados de la farmacoterapia. Consecuencia de la evaluación y del análisis de los estados de situación se establece un plan de actuación con el paciente, dentro del cual quedarán enmarcadas todas aquellas intervenciones farmacéuticas que se consideren oportunas para mejorar o preservar su estado de salud.

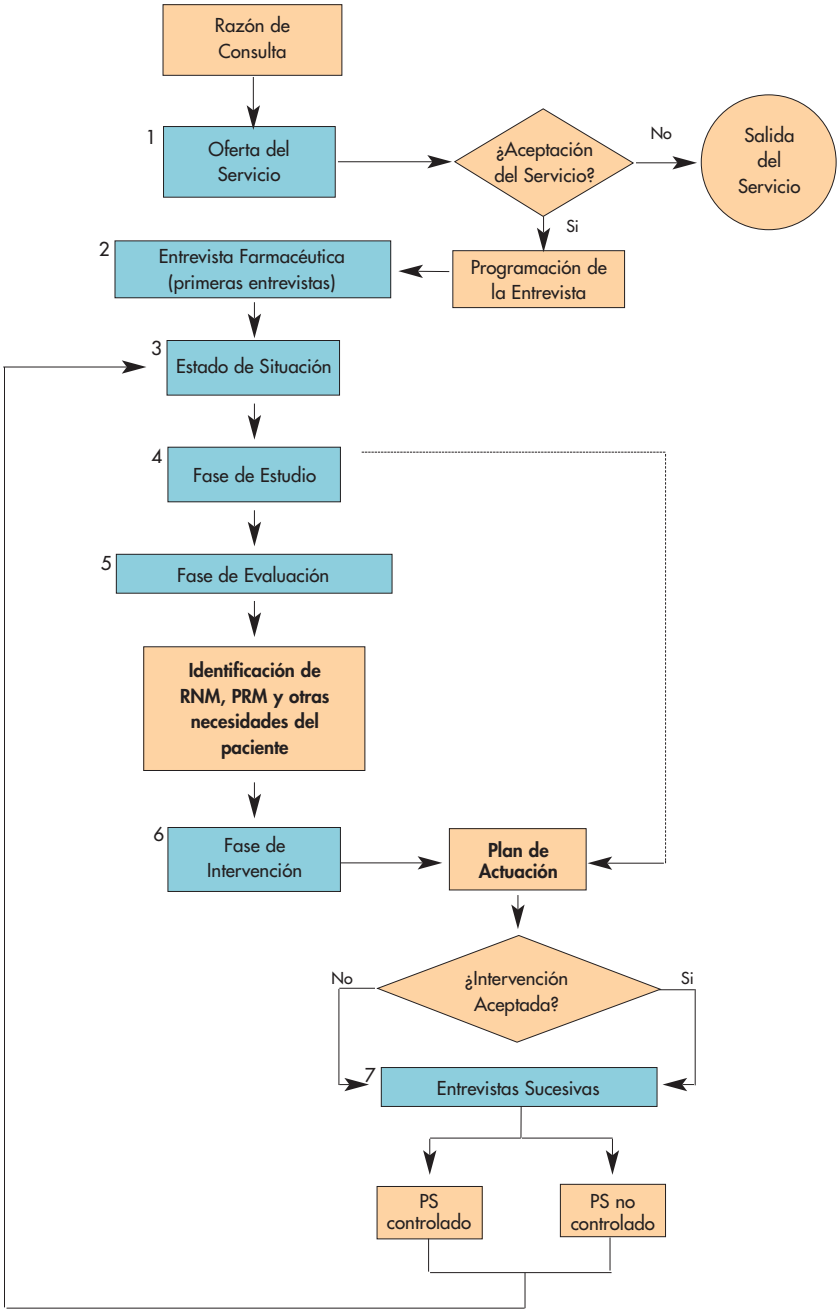
Aunque el Método Dáder establece unas pautas básicas para la realización del SFT, este método se caracteriza por ser adaptable y ajustarse a las particularidades del ámbito asistencial donde se realice[39,40].

Por otra parte, el Método Dáder también se distingue por evolucionar (mejorar) y adecuarse a los requerimientos de una actividad clínica, el SFT, que se encuentra en continuo desarrollo. Esto quiere decir que el método va a sufrir reformas o innovaciones (actualizaciones) derivadas de la experiencia adquirida en la práctica del SFT, que a su vez, conllevan a continuas revisiones del método[12, 41-43], como por ejemplo, la presente.

Las modificaciones en el método surgen, fundamentalmente, en base a la experiencia acumulada por farmacéuticos que lo utilizan, a las investigaciones realizadas gracias al envío de las intervenciones farmacéuticas al Programa Dáder y a otros razonamientos realizados como consecuencia del trabajo asistencial, docente e investigador de muchos profesionales.

La utilidad de este procedimiento es manifiesta si se presta atención al gran número de farmacéuticos de diversos países del mundo que lo ponen en práctica[44-47]. Igualmente, es destacable su capacidad de aplicación en distintos escenarios asistenciales[48-54].

A modo de resumen se presenta el siguiente esquema que muestra de forma resumida las siete etapas del Método Dáder de SFT:



4.1. Oferta del servicio

A grandes rasgos, la oferta del servicio consiste en **explicar, de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va a recibir el paciente**: qué es, qué pretende y cuales son sus principales características. Claramente, su propósito será **captar e incorporar al paciente al servicio de SFT**.

El destinatario ineludible de la oferta del servicio es el paciente. Es quien va a recibir la asistencia y, por tanto, quien debe tomar la decisión última de aceptar o no, la prestación que se le ofrece.

Sin embargo, en ciertos escenarios asistenciales la oferta del servicio al paciente estará precedida por la oferta del servicio a otros profesionales sanitarios (generalmente médicos, responsables directos de la salud del paciente en el ámbito donde ejercen), que decidirán previamente si es conveniente proporcionarle un nuevo servicio sanitario. Esto ocurre en hospitales, en residencias sociosanitarias o en centros de atención primaria. Es importante que cuando se oferte el servicio a estas personas se presente documentación de apoyo, con la información esencial sobre el servicio que va a prestarse.

Sin duda, la farmacia comunitaria es el ámbito asistencial por antonomasia donde la oferta del servicio es realizada directamente al paciente. En este ámbito, el farmacéutico es el profesional sanitario más accesible y próximo al paciente, y no existe ningún miembro del equipo de salud, a excepción del propio paciente, que pueda interceder en la aceptación del servicio.

Generalmente, el servicio de SFT se ofrece cuando se percibe alguna **necesidad del paciente relacionada con sus medicamentos**. Algunos motivos que pueden ponerla de manifiesto y dar lugar a la oferta del servicio son:

- El paciente consulta sobre algún medicamento, algún problema de salud, algún parámetro bioquímico o en referencia a algún informe sobre su salud.
- El farmacéutico recibe alguna queja sobre algún medicamento prescrito o detecta algún PRM (ver apartado 3.2.2) durante el proceso de dispensación de medicamentos.
- El paciente expone alguna preocupación respecto a alguno de sus medicamentos o problemas de salud.
- El farmacéutico observa algún parámetro clínico que resulta ser un valor desviado de lo esperable para el paciente.
- El paciente solicita el servicio de SFT.

No obstante, al margen de que exista (o no) algún motivo que induzca la oferta del servicio, el SFT podrá ofertarse a cualquier paciente cuando se considere que ello pueda mejorar los resultados de su farmacoterapia y/o, en general, que el paciente pueda beneficiarse de esta práctica sanitaria.

¿Cómo ha de ofertarse el servicio?
En la oferta del servicio, las técnicas de comunicación adquieren especial importancia. La asertividad y las expresiones positivas ayudarán a captar el interés del paciente.

Al realizar la oferta del servicio no conviene que ésta se centre o se apoye en los aspectos negativos que pueden presentar los medicamentos o los problemas de salud (el paciente, de por sí, ya puede tenerles miedo y no es bueno incrementarlo). Tampoco se recomienda realizar ofertas triunfalistas sobre los beneficios del SFT, ya que pueden crear falsas expectativas y ocasionar decepciones en el futuro.

Existen determinados aspectos que han de quedar claros en la oferta del servicio:

- **El objetivo del SFT es conseguir el máximo beneficio de los medicamentos que utiliza.** Utilizar frases del tipo *"podemos **ayudarle** a obtener el máximo provecho de sus medicamentos"*, o *"vamos a **intentar** mejorar los resultados de sus medicamentos"* pueden servir para que el paciente sienta interés por la prestación sanitaria que va a recibir.
- **El farmacéutico no va a sustituir a ningún otro profesional de la salud en su función, sino que va a trabajar en equipo.** Se dejará claro que no se pretende iniciar ni suspender ningún tratamiento, así como tampoco modificar pautas sin contar con la opinión del médico. Siempre se acudirá a él cuando exista algún aspecto de los medicamentos que pueda ser mejorado.
- **La corresponsabilidad y la colaboración entre farmacéutico y paciente son elementos fundamentales**[55]. El paciente ha de saber que no se tomará ninguna decisión sobre sus medicamentos sin que él participe y que en cualquier caso, entre ambos, se tratará de alcanzar un acuerdo para tomar la decisión más oportuna que permita resolver los problemas que puedan surgir. Se pueden emplear expresiones como *"vamos a trabajar juntos para conseguir los objetivos que los dos nos propongamos"*. Por otra parte, es necesario aclarar al paciente, que es libre de abandonar el servicio cuando lo desee.
- **El servicio se prolongará en el tiempo.** Se explicará que periódicamente se le podrá requerir para que acuda a la farmacia, lo cual irá en función de las necesidades respecto a su farmacoterapia. Esto se puede poner de manifiesto comentando que (continuando con la frase anterior): *"Para ello puede que necesitemos algún tiempo, en el que tendremos que continuar viéndonos"*.

Al finalizar la oferta del servicio es importante, para que la entrevista farmacéutica transcurra satisfactoriamente, acordar con el paciente:

- El ***día y la hora*** en que va a tener lugar el primer encuentro (primera entrevista farmacéutica). También, puede ser adecuado indicar la duración aproximada de la entrevista.
- Que acuda con la ***"bolsa de medicamentos"***. Es decir, con todos los medicamentos que tiene en su casa, tanto los que utiliza en la actualidad, como los que no. Esto permite eliminar los medicamentos que el paciente no utilice actualmente y/o no necesite.
- Que traiga toda la ***documentación clínica*** disponible (recordarle que no olvide aquella que sea más reciente). Por ejemplo, informes diagnósticos, analíticas de laboratorio, mediciones domiciliarias. Toda esta información objetiva sobre los problemas de salud del paciente permite aclarar y completar la información obtenida durante la entrevista personal.

¿Quién es el candidato para ser el primer paciente en SFT?
Aunque el SFT permite trabajar con cualquier paciente que tome medicamentos, se aconseja comenzar con pacientes cuyos problemas de salud puedan ser atendidos y monitorizados desde la farmacia (ej. pacientes con hipertensión, con diabetes, con dislipemia).

Este tipo de paciente posibilita trabajar con los recursos disponibles en la farmacia, como tensiómetros, glucómetros o medidores del colesterol. De este modo se podrán monitorizar los datos clínicos del paciente que permiten conocer el control de los problemas de salud y evaluar la efectividad de los tratamientos. Esto confiere gran autonomía en el trabajo y permite ir ganando confianza de cara a futuros pacientes. Por otra parte, son pacientes que precisan de intervenciones sobre hábitos de vida y otras medidas higiénico-dietéticas. Esto favorece la intervención educativa directa del farmacéutico y el trabajo conjunto con el paciente, que se prolongará inevitablemente en el tiempo, al tratarse en general de problemas de salud crónicos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para la selección del primer paciente, es que presente alguna queja o preocupación. Este hecho atrae la atención del paciente por el servicio y hace que muestre una mayor predisposición a colaborar.

En general, se intentará evitar que los primeros pacientes en SFT presenten las siguientes características:

- Tomen muchos medicamentos (más de 5 o 6).
- Padezcan enfermedades psiquiátricas.
- Presenten dificultad para la comunicación.

Estos pacientes podrán ser abordados más adelante, cuando se domine el proceso.

Ejercicio 1. Captemos a un paciente.

Para aprender a hacer SFT es preciso superar los temores y captar al primer paciente. Es importante que sepamos que el propósito con el que comenzamos a trabajar con primer paciente es aprender, y que probablemente no consigamos ayudarle en la medida que desearíamos o en la que podremos hacerlo cuando dominemos el proceso.

Elige a un paciente que creas que se adecua a las pautas establecidas y proponle entrar en el servicio de SFT. No olvides citarlo para la primera entrevista y decirle que acuda con la bolsa de los medicamentos y los documentos de que disponga.

¡Mucha suerte!

4.2. Entrevista farmacéutica: primera entrevista

Las entrevistas farmacéuticas con el paciente constituyen la base del SFT. El progreso y los resultados de esta práctica asistencial dependen, en buena medida, de cómo el farmacéutico y el paciente se comuniquen[56].

En las entrevistas, el paciente va a ofrecer su visión particular sobre los problemas de salud que padece y su tratamiento, aportando información valiosa al respecto (información subjetiva), que el farmacéutico ha de recoger, comprender e interpretar[57]. Es importante tener presente y entender que las entrevistas con el paciente constituyen la principal fuente de información durante el SFT.

No obstante, en cualquier entrevista clínica[58], el **flujo de la información es bidireccional** y, por tanto, el farmacéutico no sólo ha de limitarse a observar o a tomar nota de lo que pueda estar refiriendo el paciente. La entrevista ha de servir para aportar información que pueda resultar de interés para el paciente o para poner en marcha aquellas acciones destinadas a mejorar o preservar el estado de salud del paciente.

Aunque los encuentros con el paciente van a repetirse periódicamente a lo largo del proceso asistencial, el propósito de los mismos puede variar. En la primera entrevista,

el objetivo consiste en obtener la información inicial del paciente y abrir la historia farmacoterapéutica. Habitualmente en esta primera entrevista el flujo de la información es predominante del paciente hacia el farmacéutico.

En las entrevistas posteriores (sucesivas) es incierto lo que va a realizarse: obtener información que puede faltar del paciente, realizar educación para la salud, proponer un plan de trabajo al paciente, iniciar una intervención concreta, obtener información sobre el desenlace de una intervención, etc. En estos encuentros sucesivos, el farmacéutico, que ya ha realizado la fase de estudio y ha analizado el caso, podrá aconsejar, instruir y aportar mucha información al paciente.

Como ocurre con la oferta del servicio, según el ámbito donde se preste el servicio de SFT, también pueden existir diferencias en cuanto a la información que se pueda obtener de los pacientes (diagnósticos médicos, medicación anterior, datos clínicos, exploraciones médicas, etc.). Esto ocurre por ejemplo, en hospitales, residencias de ancianos o centros de atención primaria, donde se puede tener acceso a la historia clínica del paciente. Consultarla posibilita:

1) Conocer los problemas de salud y los medicamentos del paciente antes de entrevistarlo, lo cual ayuda a centrar los aspectos que se van a plantear durante la entrevista.
2) Contrastar y complementar la información obtenida en la entrevista farmacéutica.

En resumen, las entrevistas constituyen un elemento imprescindible y fundamental para el desarrollo del SFT. Las entrevistas se realizarán tantas veces como se necesiten, es decir, cada vez que se precise de la interacción comunicativa entre el farmacéutico y el paciente, por el motivo que sea.

4.2.1. Estructura y desarrollo de la primera entrevista farmacéutica

La **finalidad básica de la primera entrevista** es obtener la información inicial de los problemas de salud y los medicamentos del paciente, que permita inaugurar la historia farmacoterapéutica del paciente.

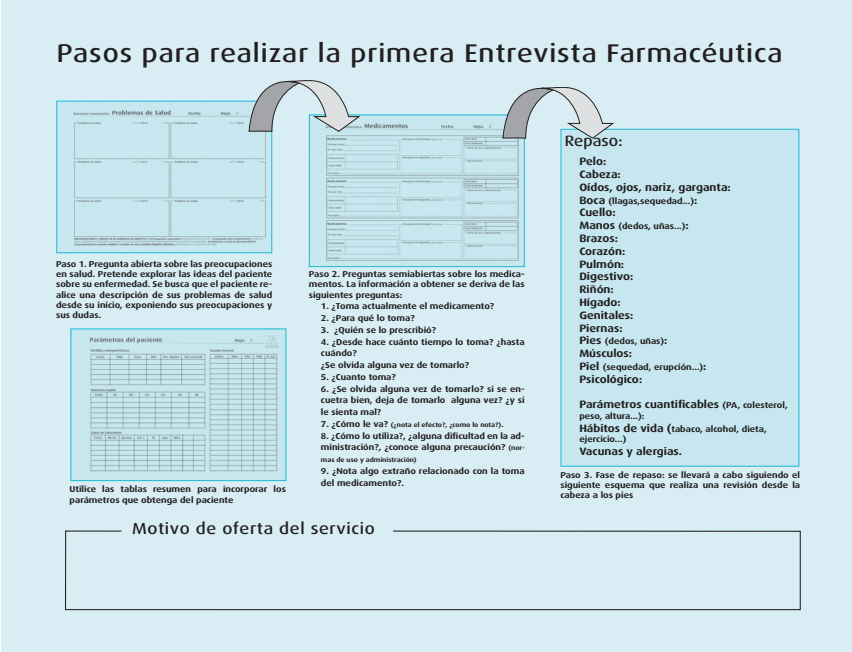
Por otra parte, la primera entrevista podrá servir, por ejemplo, para suministrar alguna información de interés para el paciente e incluso para iniciar determinadas acciones encaminadas a resolver alguna situación indeseada para su salud. De esta forma, el paciente sentirá que se está llevando algún provecho de su encuentro con el farmacéutico. No obstante, esto se realizará preferiblemente en posteriores encuentros cuando se haya estudiado el caso con mayor detalle.

El Método Dáder de SFT **estructura o divide la primera entrevista en tres partes**:

A. Preocupaciones y problemas de salud

B. Medicamentos

C. Repaso general por sistemas



Esquema de la primera entrevista. Carpeta de historia farmacoterapéutica. *Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.*

A. Preocupaciones y problemas de salud.

Esta fase de la entrevista consiste en una pregunta abierta que pretende indagar sobre las preocupaciones en salud del paciente. Se busca que el paciente ofrezca una respuesta amplia y realice una descripción lo más completa posible de sus problemas de salud desde el principio, exponiendo sus ideas y sus dudas.

Para iniciar esta parte de la entrevista, es conveniente empezar con algún comentario que rompa el hielo y permita introducir la conversación, a la vez que presenta al farmacéutico y establece de manera clara el propósito de la entrevista.

Por ejemplo:

"Buenas tardes, mi nombre es XXX y soy farmacéutico. Me gustaría conversar un rato con usted acerca de sus medicamentos. Pero antes, me gustaría que hablásemos unos

minutos acerca de lo que a usted más le preocupa con respecto a su salud". Una vez realizado esto, el paciente debe iniciar su respuesta.

De cada problema de salud que refiera el paciente, lo ideal sería obtener aquella información, considerada básica, que facilite el análisis del caso y oriente la toma de decisiones. En este sentido, es importante:

- Captar y valorar la ***preocupación del paciente por el problema de salud***, las expectativas que tiene y cómo convive diariamente con el problema. Todo esto permite relativizar la importancia que el paciente confiere a cada problema de salud, lo cual puede ser determinante posteriormente a la hora de intervenir, ya que posibilita priorizar y orientar la actuación del farmacéutico.
- Conocer el ***inicio de los problemas de salud***, ya que esto permite establecer relaciones en el tiempo con la toma/administración de los medicamentos. Si es posible se intentará conseguir aquellos informes médicos en los cuales se indique el diagnóstico concreto del problema de salud y su fecha de inicio.
- Conocer la ***percepción del paciente sobre el control de cada problema de salud***. Para ello habrá que preguntarle sobre:
  - Los síntomas, signos y medidas clínicas que él mismo relaciona con el control del problema de salud. Si se dispone de alguna medición clínica (ej. cifra de colesterol total) sería conveniente que el paciente realizase la interpretación de los datos.
  - Magnitud o gravedad de las manifestaciones clínicas cuando existe descontrol del problema de salud.
  - Situaciones o causas que asocia al descontrol del problema de salud.
  - Periodicidad de los controles médicos.
- Preguntar acerca de los ***hábitos de vida*** (dieta, ejercicio, tabaquismo, etc.) ***y medidas higiénico-dietéticas*** relacionadas con el problema de salud y que hacen parte del tratamiento no farmacológico. Es importante valorar el conocimiento y el cumplimiento que hace el paciente de estas recomendaciones.

Habitualmente, la respuesta del paciente a esta pregunta abierta no suele centrarse en los aspectos mencionados. En general, se recomienda dejar que el paciente continúe hasta finalizar su explicación e ir anotando la información que ha faltado por obtener para preguntarla posteriormente en la fase de repaso. Otra opción es tratar de dirigir la respuesta e ir abordando paulatinamente los distintos aspectos sobre los problemas de salud.

Para conducir cualquier conversación con un paciente se ha de disponer de cierta experiencia y tener la habilidad necesaria para que cualquier comentario que se interponga

no suponga una interrupción o sea percibido como una molestia por el paciente. Esto puede ocasionar dificultades en la comunicación.

En otros casos, en los que el paciente comience a hablar de determinados asuntos que desvíen y desorienten la entrevista, si será imprescindible intervenir para reconducir la situación, evitando así que la entrevista se prolongue en exceso y/o sea ineficiente.

Cuando se entreviste a pacientes que no sean excesivamente comunicativos y/o no ofrezcan una respuesta satisfactoria a la pregunta abierta, se continuará con la entrevista, pasando a la segunda parte:

B. Medicamentos.
Para iniciar esta segunda parte de la entrevista, centrada en la medicación, una buena opción es tomar la bolsa de medicamentos que ha traído el paciente e ir sacándolos de uno en uno para obtener la información oportuna de forma individualiza. Utilizar las cajas de los medicamentos y mostrarlas suele ser mejor que emplear los nombres de los mismos, pues en ocasiones el paciente no va a relacionar estos nombres con el medicamento en sí. Ya que las cajas pueden resultarle más "familiares".

En esta parte de la entrevista se puede aprovechar para **"limpiar el botiquín"** de aquellos medicamentos que el paciente no use en la actualidad y/o no necesite (ej. medicamentos caducados, duplicados, etc.).

De cada medicamento se obtendrá **la información necesaria** que permita indagar sobre **el conocimiento y la adherencia del paciente**, así como sobre la **efectividad y seguridad de la farmacoterapia**. Para conseguir esta información sobre los medicamentos se propone la realización de la siguiente batería de preguntas para cada uno de ellos:

1. ***¿Toma/utiliza el medicamento?:*** pretende conocer si el paciente usa el medicamento actualmente y de forma regular.
2. ***¿Para qué lo toma/utiliza?:*** busca establecer si el paciente conoce el problema de salud que está tratando el medicamento.
3. ***¿Quién se lo prescribió/mandó?:*** permite conocer el destinatario de futuras intervenciones.
4. ***¿Desde hace cuánto tiempo toma/usa el medicamento?:*** pretende establecer la fecha de inicio de la prescripción. Se trata de la fecha de incorporación del medicamento nuevo o, en aquellos casos en los que el medicamento ya se esté utilizando, la fecha en que se produjo la última modificación: concentración, dosis, dosificación, pauta, forma farmacéutica, vía de administración, etc. En

este punto, también es conveniente preguntar ***¿hasta cuándo debe tomarlo/usarlo?,*** y determinar si el paciente va a dejar de tomar el medicamento en algún momento o si se va a modificar algunos de los aspectos comentados.

5. ***¿Cuánto toma/utiliza?:*** permite establecer la cantidad de medicamento que el paciente toma cada vez que ha de administrárselo (dosis), la frecuencia y duración del tratamiento y la distribución de las tomas a lo largo del día. De cada uno de estos aspectos se obtendrá información acerca de como fueron establecidos por el médico y como lo hace el paciente.
6. ***¿Se olvida alguna vez de tomarlo/usarlo? Si se encuentra bien, ¿deja de tomarlo/usarlo alguna vez?, y ¿si le sienta mal?:*** estas preguntas también están encaminadas a conocer el cumplimiento o la adherencia del paciente al tratamiento.
7. ***¿Cómo le va?, ¿nota el efecto? (¿cómo lo nota?):*** trata de indagar acerca de cómo percibe el paciente que el medicamento le está haciendo efecto. Sería conveniente que el paciente describiera la evolución de los síntomas, signos y medidas clínicas que asocia al efecto del medicamento.
8. ***¿Cómo lo utiliza?, ¿alguna dificultad en la administración del medicamento?, ¿conoce alguna precaución de uso?:*** este conjunto de preguntas pretende indagar acerca de la forma de uso y administración del medicamento: conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones de las normas de uso y administración del medicamento, dificultades con la vía de administración o forma farmacéutica y situaciones en las que deba tener especial cuidado con el medicamento.
9. ***¿Nota algo extraño relacionado con el medicamento?:*** trata de indagar acerca de la percepción que el paciente tiene sobre si el medicamento es seguro. Y ver si éste establece alguna relación (causal, temporal) entre los problemas de salud que padece y la toma del medicamento.

C. Repaso general por sistemas:

El repaso general consiste en realizar una serie de preguntas acerca del funcionamiento o estado del organismo, por aparatos y sistemas, desde la cabeza a los pies. Se puede comenzar preguntando si toma algo para los dolores de cabeza; si tiene problemas de visión o de audición; si sufre mareos, etc. Además, servirá para anotar posibles ***alergias***, así como el ***peso y la talla***, si no se ha hecho anteriormente.

A grandes rasgos, la fase de repaso está pensada para:

- **Descubrir nuevos problemas de salud y medicamentos** que no han sido mencionados anteriormente.
- **Obtener información** que el paciente no haya ofrecido anteriormente.
- **Verificar** la información obtenida en las partes anteriores.

- **Profundizar** en aspectos que no hayan quedado claros.
- **Corregir cualquier error y aclarar confusiones** que pueda presentar el paciente.

En esta parte de la entrevista es importante demostrar al paciente que se ha estado atento durante su exposición. Por ejemplo: *"me dijo que los mareos los padecía usted principalmente por las mañanas, pero me gustaría saber desde hace cuanto tiempo empezaron"* o *"me comentó que trataba de seguir una dieta adecuada para su HTA. ¿Me podría decir qué recomendaciones está siguiendo?"*.

Las primeras entrevistas a pacientes servirán para que cada cual conozca y asuma su propio perfil como entrevistador y descubra cuales son sus aptitudes y sus limitaciones. No hay que pretender hacer una buena entrevista ni dominar la técnica con los primeros pacientes; tampoco en un corto periodo de tiempo. Serán el trabajo y la experiencia los elementos fundamentales que permitan al farmacéutico ir superando las dificultades halladas e ir adquiriendo las destrezas y habilidades necesarias para optimizar futuros encuentros con el paciente.

Existe una serie de **documentos destinados a registrar ordenadamente la información de la primera entrevista**. Para su diseño se ha tenido en cuenta la estructura descrita (pregunta abierta sobre los problemas de salud, preguntas semiabiertas sobre los medicamentos y repaso general). Estos documentos también podrán ser utilizados en otras fases del SFT, cuando se requieran, para incorporar información a la historia farmacoterapéutica del paciente.

Entrevista Farmacéutica: **Problemas de Salud** Fecha: Hoja: /

programa DADER

Problema de Salud:	Inicio:	Problema de Salud:	Inicio:
Problema de Salud:	Inicio:	Problema de Salud:	Inicio:
Problema de Salud:	Inicio:	Problema de Salud:	Inicio:

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): 1) Preocupación y expectativas del paciente respecto al PS., **2) percepción sobre el control del P.S.** (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), **3) situaciones o causas de descontrol del P.S.**, **4) periodicidad de los controles médicos**, **5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas** relacionadas con el problema de salud.

Entrevista Farmacéutica: **Medicamentos** Fecha: Hoja: /

programa DADER

Medicamento: _____
Principio Activo: _____
P.S. que trata: _____

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor: _____

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Medicamento: _____
Principio Activo: _____
P.S. que trata: _____

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor: _____

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Medicamento: _____
Principio Activo: _____
P.S. que trata: _____

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor: _____

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Parámetros del paciente

Hoja: /

programa DADER

Medidas antropométricas

Fecha	Talla	Peso	IMC	Per. Abdom	Ind. cint/Cad

Glucemia Capilar

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC

Datos de laboratorio

Fecha	Hb1Ac	Glu-Bas	Col- T	TG	LDLc	HDLc		

Tensión Arterial

Fecha	Hora	PAS	PAD	Fr. Car

Documentos para la entrevista farmacéutica. *Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada*

4.2.2. Aspectos de la comunicación a tener en cuenta durante la entrevista farmacéutica

La entrevista farmacéutica ha de transcurrir en un ambiente distendido, que favorezca el acercamiento y la confianza en la relación farmacéutico-paciente. Es conveniente que el lugar donde se realice la entrevista goce de privacidad, sea cómodo y esté ordenado.

La entrevista y el asesoramiento son actividades exigentes que requieren de una mayor dedicación de esfuerzo y concentración que una conversación informal, en especial si el farmacéutico es principiante.

Existen determinadas habilidades que el farmacéutico ha de conocer y tratar de desarrollar en pro de una comunicación lo más efectiva posible. Por ejemplo, usar un lenguaje adecuado, escuchar de forma activa, actuar con empatía, usar y saber interpretar el lenguaje no verbal, facilitar la expresión de sentimientos y promover la toma de decisiones compartida.

- El lenguaje empleado durante la entrevista ha de adecuarse, en cada caso a los requerimientos del paciente, tratando de evitar el uso de tecnicismos que puedan dificultar la comprensión y la comunicación con el paciente. Si es necesario emplearlos, antes de explicar el término técnico, será preciso evaluar los conocimientos del paciente, y tras la explicación, se ha de asegurar la adecuada comprensión del mismo[59].
- Al escuchar de forma activa el farmacéutico analiza y sondea eficazmente la información que se le proporciona y es capaz de dar respuestas más ávidas y meditadas ante las cuestiones que le pueda plantear el paciente.
- Los farmacéuticos y los pacientes comunican las emociones y otra información en formas no verbales. El contacto visual, los gestos, el tono y la claridad de voz, etc., son formas de lenguaje no verbal que pueden influir notablemente en la comunicación y que el farmacéutico ha de saber manejar. Por otra parte, pueden ofrecer información sobre las emociones del paciente, la preocupación por un problema de salud, el grado de adhesión a un tratamiento, etc.
- Actuar con empatía, significa compartir, percibir e identificar las ideas y el estado mental de un paciente sin tener realmente esas ideas o haber vivido las mismas experiencias. El profesional debe comprender e interiorizar la situación emocional del paciente, pero además hay que saber transmitírselo y hacerle ver que se le comprende. Una actitud empática por parte del farmacéutico favorece la comunicación y puede proporcionar apoyo emocional y tranquilidad al paciente.

- En este mismo sentido, el contacto emocional facilita la comunicación. Expresar sentimientos de pesar por el malestar del paciente, o de alegría por sus progresos, sin que ello suponga un desbordamiento emocional, potencia la sensación de confianza y comprensión.
- Desde el inicio de la relación farmacéutico-paciente debe fomentarse la decisión compartida. El modelo de decisión compartida es el más óptimo puesto que adapta la evidencia clínica que proporciona el profesional de la salud con los valores y prioridades de cada paciente, que obviamente son individuales y en algunos casos pueden no ser coincidentes con las decisiones de los profesionales[60].

Ejercicio 2. Empecemos a trabajar.

Trata de seguir las pautas establecidas para realizar la primera entrevista al paciente. Al finalizar la entrevista reflexiona acerca de aquellos aspectos que crees que podrías mejorar, así como sobre qué información pudo faltarte por obtener. Esto es un buen ejercicio para aprender y que la próxima vez vaya mucho mejor.

4.3. Estado de situación

El estado de situación es un documento que muestra, a modo de resumen, la relación de los problemas de salud y los medicamentos del paciente a una fecha determinada. Se trata de una herramienta que permite analizar una **"foto del paciente"** a una fecha concreta.

El estado de situación **se elabora con la información de la historia farmacoterapéutica del paciente**, la cual se organiza de forma estructurada en el documento. Finalmente se obtiene una "esquematización" de los problemas de salud y los medicamentos del paciente que permite disponer de una "visión general" sobre el estado de salud del mismo. *Para ordenar la información obtenida en la primera entrevista y continuar adecuadamente el proceso se recomienda elaborar siempre el estado de situación del paciente.*

En general, el estado de situación se elabora con alguno de los siguientes fines:

- **Evaluar la farmacoterapia del paciente.**
- **Visualizar el panorama sobre el estado de salud del paciente.**
- **Exponer un caso en una sesión clínica.**

Para que la evaluación de la farmacoterapia no presente dificultades y el proceso de identificación de los RNM transcurra satisfactoriamente (ver apartado 3.5), el estado de situación ha de estar correctamente cumplimentado. Con otras palabras, un estado de situación mal cumplimentado, tanto por falta de información como por una mala organización de la información en las tablas podría dar lugar a errores y/o complicaciones en la identificación de los RNM.

4.3.1. Estructura y cumplimentación del estado de situación

Como se puede observar, el estado de situación tiene una configuración de emparejamiento horizontal entre los problemas de salud y los medicamentos que el paciente está tomando para ese problema de salud[61,62].

Esta particular configuración del estado de situación está pensada para poder llevar a cabo el proceso de identificación de los resultados negativos de la medicación de la forma más ordenada, estructurada y con la mayor probabilidad de éxito posible.

Estado de Situación Fecha: Hoja: /

programa DADER

Paciente: Código Dáder:

Género:	Edad:	IMC:	Alergias:

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				I.F.
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
						Prescrita	Usada					

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P); Regular (R); Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N); Efectividad (E); Seguridad (S)

OBSERVACIONES

FECHA	PARAMETROS			

Modelo de Estado de Situación. Correr CJ, Melchiors AC, Rossignoli P, Fernández-Llimós F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 103-11.

El estado de situación presenta **cinco partes diferenciadas**:

1. **Parte superior.** Contiene la fecha del estado de situación, la identificación del paciente y otros datos demográficos y clínicos, como el sexo, la edad, el índice de masa corporal y las alergias.

El número que identifica a cada paciente está compuesto por 16 dígitos:

- Dos dígitos representativos del país (ej. España, 34).
- Dos dígitos correspondientes a la provincia (dos primeros dígitos del código postal), en caso de España (ej. Las Palmas, 35), o a la región pertinente, en caso de países extranjeros (ver códigos regionales en www.giaf-ugr.org o www.programadader.es).
- Cinco dígitos del número de afiliación a la seguridad social de cada farmacia, en caso de España (ej. Farmacia JMSD, 00177), o según proceda, en otros países (ver en www.giaf-ugr.org o www.programadader.es).
- Dos dígitos distintivos del farmacéutico que realiza el SFT, que se asignan según el criterio de cada cual (ej. 01)
- Cinco dígitos finales para asignar al paciente (ej. 00056).

Finalmente, la identificación del paciente sería: 34/35/00177/01/00056

2. **Cuerpo central del estado de situación.** Se compone de tres bloques:
   - ***Problemas de salud.*** En él se diferencian cuatro columnas: *inicio del* problema de salud (fecha de aparición), *nombre del* problema de salud (se marcará con un asterisco cuando corresponda a un diagnóstico médico y se pondrá entrecomillado cuando corresponda a una explicación del paciente), *control del* problema de salud (se indicará Si, No, No se sabe) y *preocupación* (se indicará P: poco; R: regular; B: bastante).
   - ***Medicamentos.*** Este bloque presenta también cuatro columnas: *fecha de inicio de la prescripción* (fecha de inicio del medicamento o de la última modificación realizada), *nombre de los principios activos del medicamento*, *pauta prescrita* por el facultativo y *pauta que utiliza el paciente*.
   - ***Evaluación.*** Se compone de cuatro columnas, tres que permiten llevar a cabo la evaluación de la farmacoterapia y que están encabezadas por las siglas N (necesidad), E (efectividad) y S (*seguridad*), y una cuarta donde se clasificarán los RNM detectados.

3. **Cuadro de observaciones.** Se incluirá toda aquella información de la historia farmacoterapéutica que no aparece en el cuerpo del estado de situación, pero que sin embargo, es relevante para entender y analizar la situación del paciente. Se puede incorporar información sobre antecedentes del paciente, como operaciones o medicaciones anteriores, sobre medicamentos de interés que ha tomado pero no utiliza actualmente, sobre hábitos de vida que puedan influir en el control de los problemas de salud, notas importantes para la resolución del caso, etc.

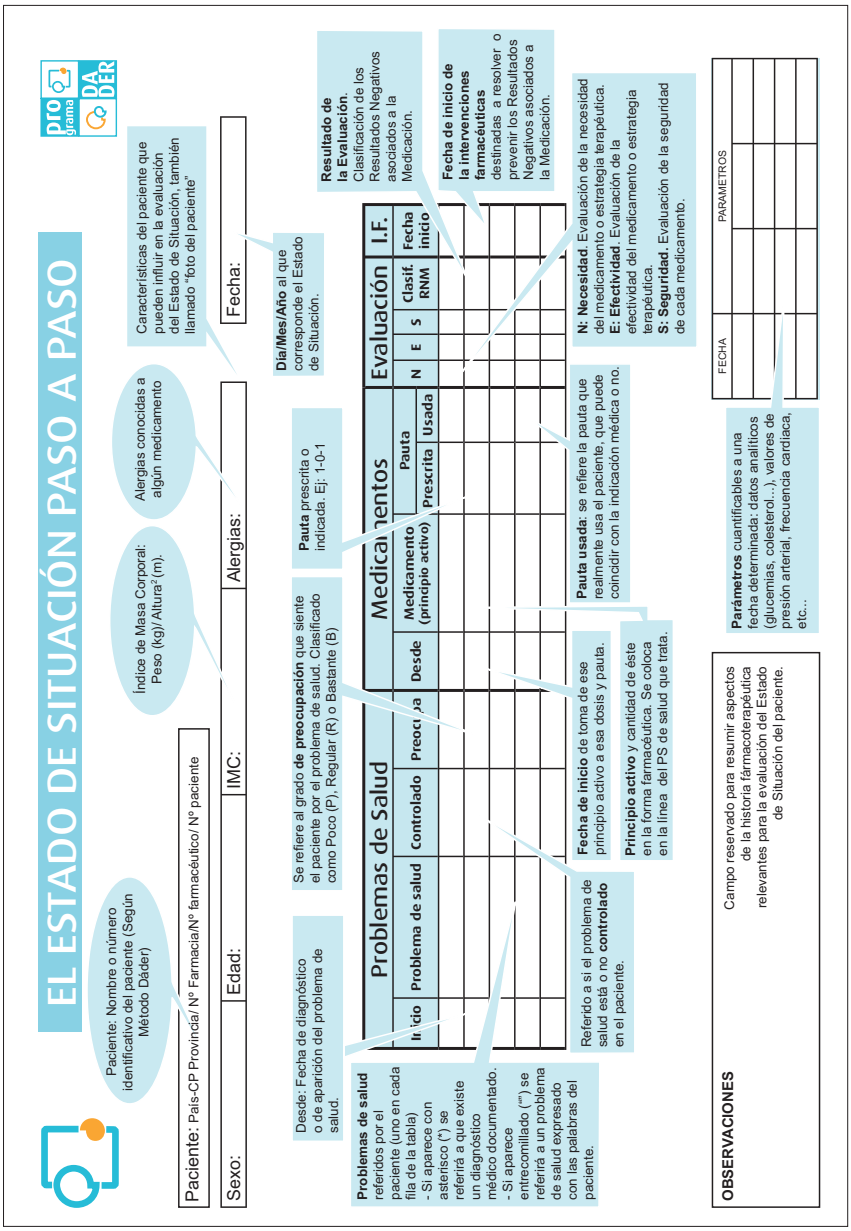
4. **Tabla de mediciones clínicas.** Se incorporan datos de analíticas de laboratorio, medidas domiciliarias u otras determinaciones realizadas por el farmacéutico, que permitan valorar la necesidad, efectividad y seguridad de los medicamentos.

5. **Tabla de RNM.** Se trata de una tabla resumen que permite elaborar el listado de los RNM detectados a la fecha de evaluación del caso. En la tabla se escribirá el RNM detectado, el medicamento implicado, la clasificación del RNM, la causa (PRM) de aparición y la valoración del farmacéutico sobre lo que él entiende acerca de la aparición y fundamento del RNM identificado. La cumplimentación de esta tabla pretende que no se pierda información de la historia farmacoterapéutica, donde es necesario que queden reflejadas las reflexiones y los juicios realizados sobre la farmacoterapia del paciente.

RNM	Medto. implicado	Clasificación RNM	Causa (PRM)	Observaciones (juicio del farmacéutico)

Parte posterior del Estado de Situación. *Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada*

En el siguiente esquema se muestra la información que debe contener cada una de las celdas que componen el estado de situación:



Formación en SFT: Diseño de una herramienta docente para la enseñanza de seguimiento farmacoterapéutico según el Método Dáder. Fuente: Ocaña-Arenas A, González-García L, García-Jiménez E, García Corpas JP, López-Domínguez E. Granada; CAF STADA: 2005.

4.3.2. Normas y recomendaciones para elaborar el estado de situación.

- ***El estado de situación del paciente corresponde a una fecha determinada***. Esto significa que la información empleada para su elaboración debe estar vinculada (generada) a fechas anteriores a la seleccionada, o como máximo, a dicha fecha. Por ejemplo, si la fecha seleccionada para el estado de situación es la fecha de la primera entrevista, éste se elaborará con la información sobre todo lo acontecido hasta ese día, inclusive. Si hubiese información que ha faltado por obtener el día de la entrevista (ej: pauta de un medicamento o mediciones de presión arterial realizadas días antes) y se consigue varios días después, esa información se seguirá utilizando para elaborar el estado de situación con fecha del día de la primera entrevista, ya que se ha generado con anterioridad. Por el contrario, si la información o los datos del paciente se generan después de la fecha de la entrevista (ej: medidas de presión arterial después de la entrevista, modificaciones en la pauta, analítica de laboratorio, etc.), éstos no se incluirán en el estado de situación con fecha de la primera entrevista. La aparición de esta nueva información supone modificaciones en el estado de situación (ha de incorporarse la información donde proceda, por ejemplo en la tabla de parámetros) y la aparición de una ***nueva fecha*** en el mismo (correspondiente al último cambio o dato generado).

- ***Cada medicamento se emparejará con aquel problema de salud que trata de controlar***. En general, el problema de salud que se ha de emparejar con cada medicamento surge de responder adecuadamente a las preguntas: *¿qué problema de salud trata de controlar el medicamento?* o *¿qué objetivo persigue el medicamento? o ¿qué efecto se espera del medicamento?*

  En ocasiones es conveniente diferenciar entre las distintas complicaciones con que cursa un problema de salud, para que el emparejamiento se realice de forma más adecuada.

  A modo de ejemplo: paciente con hiperplasia benigna de próstata (HBP) en tratamiento con tamsulosina. A la hora de elaborar el estado de situación, el medicamento tamsulosina se emparejará con aquel problema de salud que trata de controlar: este medicamento trata los síntomas funcionales de la HBP relacionados con dificultades en la micción, goteo, micción imperiosa y necesidad de orinar frecuentemente. Es decir, la tamsulosina no trata el problema de salud HBP y, por tanto, no debe emparejarse con él; se emparejará con el problema de salud "problemas de micción". Para verificar que el emparejamiento se ha realizado correctamente, se puede preguntar acerca de la efectividad del tratamiento (que será realizada después): no es lo mismo formular la pregunta ¿es

efectiva la tamsulosina para la HBP?, que ¿es efectiva la tamsulosina para los problemas de micción? Sólo la segunda pregunta puede responderse con coherencia.

Otro ejemplo aparece con el asma crónico. Este problema de salud puede tener un tratamiento de mantenimiento, cuyo objetivo está relacionado con mantener un flujo espiratorio adecuado, controlar los síntomas de la enfermedad y evitar la aparición de episodios agudos. Además, el problema de salud puede presentar un tratamiento para las crisis agudas, que habitualmente es distinto al tratamiento de mantenimiento y cuyo objetivo está relacionado con la mejora de los síntomas y signos producidos durante los episodios agudos de la enfermedad. En estos casos también será conveniente separar y distinguir las distintas situaciones de un mismo problema de salud (una crónica y otra aguda), así como los tratamientos utilizados para cada una de ellas, situándolos en filas distintas del estado de situación. De esta forma se podrá evaluar la efectividad de tratamientos que fueron prescritos con objetivos distintos.

- En caso de un **medicamento que se utilice para más de un problema de salud**, éste deberá aparecer emparejado con todos los problemas de salud para los que se usa.

- A la hora de rellenar la columna de **control del problema de salud**, se determinará que está controlado cuando se alcancen los objetivos terapéuticos establecidos para el mismo. No se podrá determinar si el problema de salud está controlado o no cuando: no se conozcan los objetivos terapéuticos, no se disponga de la información clínica necesaria, los datos que se posean no sean fiables o concluyentes, o no haya transcurrido el tiempo suficiente para poder valorar el control del problema de salud.

- La **fecha de inicio del medicamento** ha de ser aquella en la que se haya introducido el medicamento, si éste es nuevo, o en la que se haya producido alguna modificación en cuanto a la potencia, dosis, dosificación o pauta, en caso de continuar siendo el mismo principio activo.

- Pueden haber **problemas de salud para los que el paciente no esté utilizando medicamentos**, por lo que la celda del medicamento, emparejada con ese problema de salud, debe figurar vacía.

- En el estado de situación no sólo deben figurar los **problemas de salud** manifestados, sino también aquellos **no manifestados que presentan una alta pro-**

babilidad de aparecer. Por otra parte, estos problemas no manifestados (riesgos) podrán estar siendo tratados con medicamentos. Por ejemplo, un paciente mayor de 70 años que toma AINE de forma crónica. En el estado de situación debe aparecer el riesgo de gastrolesión que conlleva el uso crónico de los AINE en ancianos. Por su parte, este problema de salud puede estar siendo tratado, por ejemplo, con omeprazol (prevención de riesgos).

- Podrán aparecer **medicamentos sin que exista un problema de salud asociado que justifique su uso**. En estos casos se dejará la casilla del problema de salud en blanco o se indicará en ella lo que ha comentado el paciente acerca de para que usa el medicamento (esto aparecerá entrecomillas). Esta situación será valorada posteriormente en la fase de evaluación.

Ejercicio 3. Visualicemos el estado de situación del paciente.
Con la información obtenida en la primera entrevista, trata de construir el estado de situación del paciente. Al finalizarlo, comprueba si es necesario disponer de más información del paciente.

4.4. Fase de estudio

La fase de estudio es la etapa que permite obtener información objetiva sobre los problemas de salud y la medicación del paciente. Se trata de encontrar la mejor evidencia científica disponible a partir de una búsqueda de la información, que se realizará con el mayor rigor posible, en las fuentes más relevantes y **centrada en la situación clínica del paciente**.

Durante el SFT se demanda información clínica concreta y actualizada porque:

- En muchas facetas de cualquier práctica clínica existen "lagunas" de conocimiento que deben ser identificadas y cubiertas.
- La información clínica está en constante evolución y los avances científicos deben incorporarse a la práctica asistencial.
- La toma de decisiones ha de estar apoyada en la evidencia científica. Localizar y acceder a esta evidencia científica (con información actualizada y oportuna) se está convirtiendo, cada vez más, en una habilidad esencial para los profesionales de la salud.
- La información fácilmente accesible y con evidencia actualizada, es un estándar de calidad en la atención sanitaria.

- Se requiere de conocimiento asistencial (farmacéutico) que debe enfocarse desde la perspectiva de la farmacoterapia y no desde las ciencias médicas básicas. La literatura accesible predominante está destinada a otros profesionales asistenciales y no a farmacéuticos.

En términos generales, la fase de estudio ha de aportar la información necesaria que permita:

- **Evaluar críticamente la necesidad, la efectividad y la seguridad** de la medicación que utiliza el paciente a una fecha determinada.
- **Diseñar un plan de actuación con el paciente** y el equipo de salud, que permita mejorar y/o preservar los resultados de la farmacoterapia de forma prolongada en el tiempo.
- **Promover la toma de decisiones clínicas** basada en la evidencia científica[63] durante todo el proceso de SFT.

<table>
<tr><th>¿Sobre qué se necesita información?</th><th colspan="2">¿Para qué se necesita información?</th></tr>
<tr><td>Problemas de salud. Actuaciones con el equipo de salud.</td><td rowspan="2">Para evaluar
la farmacoterapia</td><td rowspan="2">Para actuar
(toma de decisiones adecuadas, intervenciones farmacéuticas basadas en la evidencia científica, periodicidad en la monitorización de efectos de los medicamentos)</td></tr>
<tr><td>Tratamientos: farmacológicos y no farmacológicos.</td></tr>
</table>

4.4.1. Fase de estudio de los problemas de salud

A continuación se describen los aspectos que, por su utilidad práctica han de tenerse en cuenta al realizar la fase de estudio de los problemas de salud. El esquema propuesto pretende servir de guía para intentar no obviar información que pueda ser relevante para entender o resolver el caso.

1. Definición y concepto del problema de salud
2. Causas del problema de salud
3. Control del problema de salud
4. Criterios de derivación al médico
5. Factores que pueden influir en el control del problema de salud
6. Tratamiento del problema de salud
7. Actuaciones con el equipo de salud
8. Educación para la salud

Definición y concepto del problema de salud. Es importante conocer, aunque sea brevemente, en qué consiste el problema de salud y cúal puede ser su implicación sobre el conjunto de la salud del paciente.

Los **libros de patología clínica, fisiopatología y medicina clínica** aportan conocimientos básicos sobre los problemas de salud.
Algunas enfermedades poco comunes han de buscarse en bibliografía especializada.

- **Causas del problema de salud.** De las causas reconocidas, se deben identificar aquellas que pueda presentar el paciente y determinar si necesitan ser tratadas farmacológicamente o si son asumidas como parte del tratamiento no farmacológico. Además es importante prevenir otras que puedan presentarse y descontrolar el problema de salud.
- **Control del problema de salud.** Se buscará información acerca de:
    - **Manifestaciones clínicas del problema de salud:** síntomas, signos y medidas fisiológicas o metabólicas que determinan el curso el problema de salud.
    - **Objetivo terapéutico:** son los parámetros poblacionales reconocidos científicamente que permiten establecer el control o la curación de la enfermedad. Constituye la referencia con la que se van a comparar los datos clínicos obtenidos del paciente.
    - **Magnitud del descontrol del problema de salud:** se trata de conocer cual es la gravedad relativa de la situación del paciente. Es decir, observando las variables clínicas medidas en el paciente (desviación) se ha de interpretar cuan grave es la situación clínica del paciente.

- **Periodicidad en la monitorización** de las variables clínicas para determinar el control del problema de salud.

Las **Guías de Práctica Clínica** proveen información insustituible para aplicar conocimientos clínicos a la práctica asistencial en cuanto al control del problema de salud.
Los **Manuales de Terapéutica** ofrecen información general sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del problema de salud.
En problemas de salud poco comunes debe recurrirse a fuentes más especializadas de **Evidencia para la Atención Sanitaria**.

- **Criterios de derivación al médico.** Se determinarán aquellas situaciones que, por su gravedad e importancia, requieren de la derivación al médico.

Las **Guías de Práctica Clínica** ofrecen con claridad los criterios de derivación en los diferentes niveles de atención médica. A nivel institucional deben tenerse en cuenta los protocolos de manejo consensuados por los profesionales de la salud.

- **Factores que pueden influir en el control del problema de salud.** Se ha de indagar acerca de aquellos factores ambientales, medicamentos, situaciones fisiológicas especiales (edad avanzada, embarazo, etc.), condiciones clínicas (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, etc.) y otros problemas de salud del paciente, que puedan modificar el curso y control de la enfermedad. También se tendrán en cuenta todas aquellas situaciones clínicas que han de ser valoradas como parte del manejo integral del problema de salud.

- **Tratamiento del problema de salud.**

  - **Criterios para instaurar la farmacoterapia.** Esto es especialmente relevante en aquellos problemas de salud que aún no están tratados farmacológicamente aún, ya que va a permitir determinar cuando es necesario introducir la farmacoterapia.

  - **Tratamientos con beneficios reconocidos.** Se buscarán aquellas intervenciones terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) que, según la evidencia científica, han demostrado ser beneficiosas en el control del problema de salud.

    - **Hábitos de vida y otras medidas higiénico-dietéticas** que, al margen de la farmacoterapia, formen parte del abordaje terapéutico del problema de salud.

– **Estrategias farmacológicas.** No se trata de estudiar todo el arsenal terapéutico para tratar el problema de salud, se pretende indagar sobre aquellas estrategias farmacológicas que según la evidencia científica, presentan un elevado valor terapéutico y habría que tratar de preservar, según la situación clínica del paciente. Esto es, **conocer la medicación más idónea (tratamiento de elección) en circunstancias clínicas próximas a la situación clínica del paciente.**

Los **Manuales de Terapéutica** son las fuentes que dan un panorama general sobre el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del problema de salud.
Las **Guías de Práctica Clínica** son fuentes más específicas para entender el tratamiento y generalmente incorporan algoritmos de decisión de la instauración del tratamiento en función del problema de salud y las situación clínica del paciente.
Existen **libros especializados en farmacoterapia** que cuentan con información centrada en terapéutica farmacológica y son idóneos para establecer el "lugar en la terapia" de los medicamentos en diversas enfermedades.
Los **protocolos de manejo** institucionales proporcionan un consenso entre los profesionales que tratan al paciente en un escenario sanitario concreto, y ofrecen unos lineamientos específicos en los tratamientos de elección de problemas de salud.
En tratamientos novedosos, poco comunes o de valor terapéutico cuestionado debe recurrirse a fuentes de más especializadas en el siguiente orden **(1) Evidencia para la Atención Sanitaria, (2) revisiones sistemáticas y (3) artículos originales**.

- **Educación para la salud.** No se puede olvidar seleccionar toda aquella información que permita realizar labores educativas con el paciente. Con la educación para la salud en el SFT, se pretende que el paciente asuma la mayor responsabilidad posible respecto a su propia salud y contribuya en la consecución de los objetivos terapéuticos tras el uso de los medicamentos[64,65].

Aunque la Educación para la Salud (EpS) para un problema de salud en concreto es tratada en las **Guías de Práctica Clínica**, han de localizarse estudios que valoren los beneficios de este tipo de intervención (**Evidencia para la Atención Sanitaria y Revisiones Sistemáticas**). La descripción detallada de intervenciones de EpS se encuentra en fuentes de información especializadas de áreas como la enfermería, la psicología, la pedagogía o la salud pública.

- Además de los aspectos mencionados hasta ahora, en ocasiones será conveniente estudiar determinados **aspectos sobre la fisiopatología** de los problemas de salud que posibiliten comprender la utilización y el efecto de los medicamentos que toma el paciente.

- **Actuaciones con el equipo de salud.** En la medida de lo posible, se debe encontrar información útil que guie al farmacéutico para realizar las intervenciones sanitarias más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica. Al estudiar un problema de salud se encuentra información sobre la evolución, conductas de manejo y algoritmos de actuación que utiliza el equipo sanitario para ejercer sus actividades asistenciales. Esta información debe ser conocida y comprendida por el farmacéutico, que ha de integrarse eficazmente al equipo de salud y ha de diseñar concienzudamente el plan de actuación con el paciente.

Las **Guías de Práctica Clínica** describen la actuación del equipo de salud en los diferentes niveles de atención médica.
Existen los **procesos asistenciales integrados** que son una fuente específica de gran utilidad en este apartado ya que describen detalladamente el papel de cada profesional sanitario en el manejo integral de un problema de salud. Estos procesos pueden ser institucionales o regionales. En ocasiones obedecen a la unificación de uno o varios **protocolos de manejo** previamente consensuados entre clínicos.

4.4.2. Fase de estudio de los medicamentos

De cada medicamento que utilice el paciente, se tendrán en cuenta las siguientes cuestiones:

1. Indicación del medicamento
2. Acción farmacológica y mecanismo de acción
3. Objetivo terapéutico del medicamento
4. Dosis, dosificación y pauta del medicamento
5. Normas de correcto uso y administración
6. Efectos adversos
7. Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad de los medicamentos
8. Educación para la salud sobre el medicamento

- **Indicación del medicamento**. Justifica legalmente, junto con los criterios para iniciar la farmacoterapia, la necesidad de un medicamento.

- **Acción farmacológica, mecanismo de acción y farmacocinética.** Esto posibilita entender, cómo un determinado medicamento ejerce su acción, o porqué se utiliza para un determinado problema de salud. Esto puede facilitar enormemente el emparejamiento del medicamento con el problema de salud que trata (objetivo del medicamento), en el estado de situación. Por otra parte, se podrá conocer cómo afecta una determinada situación patológica a su respuesta, cómo puede dar lugar a la aparición de un efecto indeseado, etc. En ciertos casos, conocer estos aspectos puede ser determinante para orientar la intervención posterior.

- **Objetivo terapéutico del medicamento**. Se establecerán las variables clínicas (síntomas, signos y/o mediciones fisiológicas o metabólicas) y el valor (o estado) de las mismas, que permitan determinar si el medicamento es efectivo, o no. Esto suele coincidir, habitualmente, con los objetivos terapéuticos estudiados anteriormente para conocer el control del problema de salud. Además, habrá que conocer cada cuanto tiempo ha de valorarse la efectividad de los tratamientos según sean de reciente comienzo, cuando se realicen ajustes (considerando el tiempo que debe transcurrir para que se presenten los efectos) y/o en situaciones estables.

  En la medida de lo posible se buscará información derivada de la evidencia científica sobre el efecto esperado del medicamento en la situación clínica del paciente: efecto beneficioso, probablemente beneficioso, efectividad desconocida, probablemente no es beneficioso, probablemente no es efectivo o perjudicial[66]. Idealmente se intentará conocer la magnitud del efecto esperado.

- **Dosis, dosificación y pauta del medicamento**. Cantidad de fármaco que se administra de una vez, frecuencia y/o duración del tratamiento y esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día. Se ha de revisar el margen terapéutico del fármaco, así como los ajustes de dosis que puedan requerirse según la situación clínica del paciente (ej. insuficiencia renal, edad avanzada). Esto será especialmente relevante en medicamentos con un margen terapéutico estrecho. En cualquier caso, hay que tener presente siempre que *son los pacientes y, no los medicamentos, los que tienen dosis*. Por tanto hay que considerar que cada paciente puede tener una dosis mínima efectiva y una dosis máxima segura, las cuales pueden no coincidir con los rangos de utilización para tratar la enfermedad. Habría que prestar especial atención a las dosificaciones por encima de lo recomendado en la ficha técnica.

- **Normas de correcto uso y administración.** Es importante garantizar que el paciente las conoce y las cumple.

- **Efectos indeseados**. Son aquellos problemas de salud que pueden estar causados y/o agravados por el medicamento. Conviene revisar la evidencia que existe sobre la manifestación de un determinado efecto indeseado (probabilidad de que aparezca), así como la importancia que puede tener (gravedad del problema). En cualquier caso, es preciso establecer cuales son aquellas variables clínicas (si las hubiera) que permiten monitorizar los efectos indeseados de cada medicamento. También es conveniente revisar aquellas pruebas analíticas que puedan estar alteradas por el medicamento.

- **Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad de los medicamentos.**

    - **Interacciones farmacológicas** con otros medicamentos que utilice el paciente o interacciones **alimento-medicamento.** De las interacciones es preciso que se conozca cual es el efecto al que van a dar lugar, así como la relevancia clínica del mismo. En la medida de lo posible se tratará de obtener información objetiva (parámetro clínico) que permita poner de manifiesto el resultado de la interacción en el paciente. Es habitual que las interacciones deriven en un resultado no deseado para el paciente; no obstante en determinadas situaciones, el efecto derivado de la interacción puede resultar beneficioso, por ejemplo, si favorece el control de algún síntoma o alguna medida clínica.

    - **Efecto de los problemas de salud y otras situaciones del paciente sobre el medicamento.** Esto es la influencia de los problemas de salud o situaciones fisiológicas especiales del paciente (embarazo, lactancia, vejez, etc.) sobre el efecto del medicamento: ***precauciones y contraindicaciones.***

- **Educación para la salud sobre el medicamento.** Al igual que se ha comentado anteriormente para los problemas de salud, es imprescindible que se seleccione toda aquella información que se considere relevante para facilitarla al paciente.

- **Fuentes para encontrar la información básica de medicamentos:**

Indicación	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Vademécums
Acción farmacológica	Libros de farmacología básica Libros de farmacoterapia
Mecanismo de acción	
Objetivo terapéutico del medicamento	Guías de Práctica Clínica Libros de farmacoterapia Manuales de Terapéutica Vademécums
Rango de utilización del Medicamento (margen terapéutico)	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de Farmacoterapia Vademécums Fuentes específicas*
Dosis, dosificación y pauta del medicamento	
Normas de correcto uso y administración	Catálogo de especialidades, prospectos Libros de farmacoterapia Vademécums Fuentes específicas*
Efectos indeseados	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de farmacología básica Libros de farmacoterapia Vademécums Fuentes específicas*
Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad de los medicamentos	Ficha técnica, Catálogo de especialidades Libros de farmacología básica Libros de farmacoterapia Guías de Práctica Clínica Fuentes específicas*
Efecto de los problemas de salud y otras situaciones del paciente sobre el medicamento	Libros de farmacoterapia Libros de medicina clínica Guías de Práctica Clínica Fuentes específicas*

* Fuentes específicas: libros, bases de datos, recursos web o aplicaciones informáticas diseñadas para algún aspecto concreto de la farmacoterapia.

IMPORTANTE: En la fase de estudio de medicamentos nuevos o de pertinencia terapéutica, efectividad o seguridad cuestionada debe recurrirse a fuentes de más especializadas en el siguiente orden **(1) Evidencia para la Atención Sanitaria, (2) revisiones sistemáticas y (3) artículos originales.**

4.4.3. ¿Dónde se puede encontrar la información para el SFT?

Tipo de documento	Características	P.S.	Tto. Farm.	Tto. no Farm.	Actuaciones con el EqSal
Revisiones sistemáticas de la literatura científica	• Actualizaciones de referencia científica • Alto nivel de evidencia • Aportan información básica y práctica	✔	✔	✔	✔
Evidencia para la Atención Sanitaria	• Actualizaciones de referencia clínica • Alto nivel de evidencia • Aportan información práctica	✔	✔	✔	✔
Guía de Práctica Clínica	• Actualizaciones por consenso de expertos • Alto/medio nivel de evidencia • Aportan información enfocada a la práctica clínica	✔	✔	✔	✔
Artículos originales	• Actualizaciones periódicas (revistas especializadas) • Todos los niveles de evidencia • Aportan información científica de toda índole	✔	✔	✔	✔
Boletines	• Actualizaciones periódicas (institucionales) • Todos los niveles de evidencia • Aportan información concreta en temas de interés sanitario	✔	✔	✔	✔
Vademécum	• Actualizaciones periódicas (institucionales) • Todos los niveles de evidencia • Aportan información concreta sobre medicamentos		✔		
Libros y compendios	• Actualizaciones poco frecuentes • Todos los niveles de evidencia	✔	✔	✔	✔
✧ Patología Clínica ó Fisiopatología	• Aportan conocimientos básicos sobre problemas de salud	✔			
✧ Medicina clínica (interna, pediatría, etc.)	• Aportan información básica sobre la interpretación clínica de la fisiopatología	✔	✔	✔	✔
✧ Manuales de terapéutica	• Aportan información básica sobre el abordaje de un problema de salud (Diagn., pronóstico y Tto)	✔	✔	✔	✔
✧ Farmacoterapia	• Aportan información básica sobre uso de medicamentos en la práctica clínica.	✔	✔		
✧ Farmacología	• Aportan conocimientos básicos sobre medicamentos		✔		

Leyenda: ✔ Tiene información relevante respecto de este tema. ✔ Tiene poca información respecto a este tema.
P.S.: problema de salud; Tto Farm.: Tto. Farmacológico; Tto. no Farm: Tto. farmacológico; EqSal: Equipo de salud.

Utilización de Información basada en la evidencia para el seguimiento farmacoterapéutico. Fuente: Silva-Castro MM, Jiménez Pernett J, Tuneu L, Bermúdez-Tamayo C, García Gutiérrez JF, Colorado Díaz-Caneja G, Azpilicueta I. En: Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalarios. Método Dáder. Granada: Fundación Virgen de las Nieves; 2007.

En los anexos se encuentra un listado de Recursos Web proveniente de 2 consensos de expertos, que recomiendan páginas web confiables para apoyar la toma de decisiones clínicas y la búsqueda de información para el seguimiento.

Algunas recomendaciones para realizar la fase de estudio.

Es muy importante que la fase de estudio **se centre en buscar la información necesaria para el análisis y resolución de cada caso.** Revisar y profundizar en aspectos generales o poco relevantes sobre los problemas de salud y los medicamentos del paciente (que no quiere decir que no sean interesantes), puede dispersar la fase de estudio, haciéndola muy extensa y poco eficaz.

Para que la fase de estudio sea lo más eficiente posible, la forma de realizarla será estudiando, **primero, un problema de salud y, a continuación, los medicamentos relacionados con el mismo.** Y así, sucesivamente.

¿Qué puede ocurrir al finalizar la fase de estudio?

- **Que se necesite más información del paciente.** Se trata de aspectos sobre los problemas de salud y los medicamentos del paciente que no han sido valorados anteriormente, probablemente por desconocimiento u olvido. Puede ser necesario volver a citar y entrevistar al paciente.
- Que sea necesario comenzar a monitorizar o **solicitar medidas de determinadas variables clínicas** que permitan determinar el control de los problemas de salud y evaluar la efectividad o seguridad de la farmacoterapia.
- Que haya que **realizar modificaciones en el estado de situación del paciente**. Sobre todo en lo que respecta al emparejamiento de los medicamentos con los problemas de salud. Tras la fase de estudio se conocerá el efecto esperado de los medicamentos y, por tanto, el problema de salud que se espera que controlen.

Ejercicio 4. Aprendamos con el caso.

Uno de los grandes beneficios que vamos a obtener al hacer SFT es poder adquirir y afianzar gran cantidad de conocimientos de enorme utilidad práctica. Además, esto permite mejorar nuestra atención al conjunto de los pacientes de la farmacia.

Por tanto, repasa los problemas de salud y los medicamentos para poder continuar y ofrecer información contrastada y actuar con certeza. A medida que vayas realizando fases de estudio sobre los problemas de salud y medicamentos del paciente, éstas se irán haciendo cada vez más centradas en el caso.

4.5. Fase de evaluación

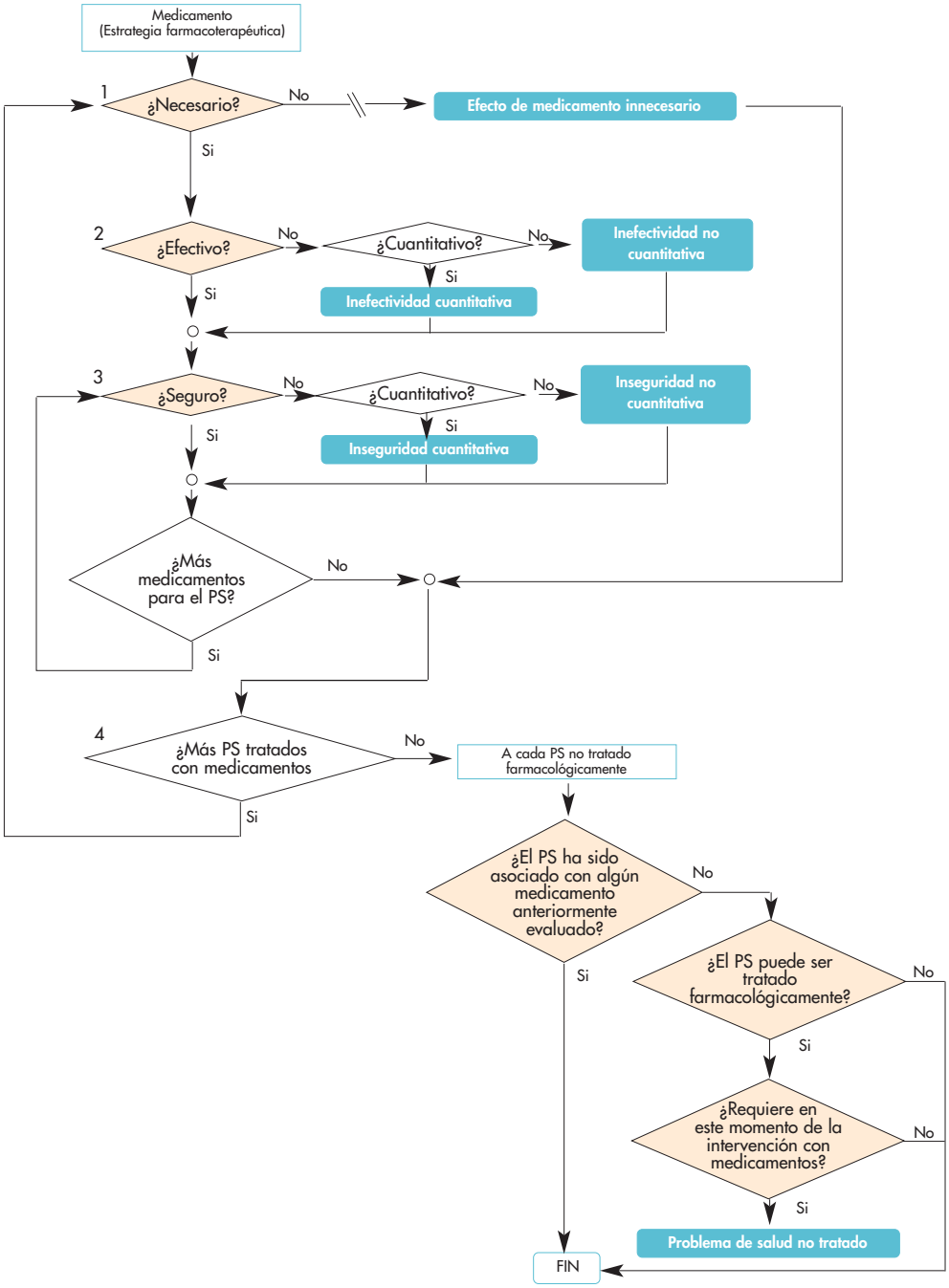
El **objetivo** de la fase de evaluación es ***identificar los resultados negativos asociados a la medicación*** que presenta el paciente (tanto aquellos manifestados como las sospechas de RNM).

Antes de comenzar con la fase de evaluación.

- Hay que asegurarse de que se dispone de toda la información necesaria (suficiente) para valorar la farmacoterapia y determinar si es necesaria, efectiva y segura.
- La fase de evaluación ha de realizarse sobre un estado de situación previamente elaborado. No utilizar este documento aumenta la probabilidad de que se produzcan errores en la identificación de los RNM.
- El estado de situación empleado para evaluar la farmacoterapia deberá incorporar las modificaciones derivadas de la fase de estudio, así como la información actualizada de los PS y medicamentos del paciente (en caso de haberse producido algún cambio). De no hacerlo así podrían aparecer problemas en la identificación de los RNM.

La identificación de los resultados negativos asociados a la medicación se realiza mediante un **proceso sistemático de preguntas,** que ha sido modificado del propuesto por Fernández-Llimós y col[67]. Este proceso **comienza por la primera línea del estado de situación que contenga celdas con medicación** y su resultado será un listado con los distintos RNM detectados (siempre que haya alguno), que serán clasificados según lo estipulado en la clasificación de RNM (ver apartado 3.5).

El proceso de identificación de RNM se esquematiza y se detalla a continuación:



1. La primera premisa que ha de cumplir la farmacoterapia es que sea **necesaria** para el paciente. Es por ello, que la primera pregunta que se deba realizar sea: *¿es (o son) necesario(s) el (o los) medicamento(s)?*

   Se trata de una ***pregunta para el conjunto de la farmacoterapia que trata un problema de salud*** y ***pretende indagar acerca del posible daño que pueda causar una farmacoterapia innecesaria.***

   Se acepta que un medicamento(s) es (son) necesario(s) cuando el paciente presenta (o está en riesgo de padecer) un problema de salud que justifique su uso; sin que esto implique realizar un juicio sobre la idoneidad de la prescripción.

   En caso de considerar necesaria la farmacoterapia (respuesta afirmativa a la pregunta), se continuará formulando la siguiente pregunta del proceso de identificación de los RNM.

   En caso contrario, al considerar al medicamento(s) innecesario(s) se habrá detectado un PRM y habrá que indagar sobre si se está produciendo algún **RNM o sospecha de RNM asociado a ese medicamento**(s). Esto es, porque utilizar un medicamento(s) no necesario(s) puede estar produciendo un daño (resultado negativo manifestado) o, al menos, constituye un riesgo de que aparezca (sospecha de resultado negativo).

   No se continuará evaluando la efectividad, pues el medicamento no trata un problema de salud que presente el paciente y, por tanto, no se espera ningún efecto terapéutico. Tampoco se evaluará la seguridad, ya que el daño que esté produciendo o pueda producir ha sido asociado a la no necesidad del medicamento.

   En aquellos casos en los que se considere que el medicamento no es necesario, pero en los que a su vez el efecto indeseado sea dificilmente evidenciable (no existe una manifestación clínica clara o es difícil establecer con certeza que su presencia suponga un riesgo), no se considerará la existencia de un RNM, simplemente, se habrá detectado un PRM: uso de un medicamento no necesario para el paciente, que tratará de solucionarse.

2. Una vez se ha establecido que la farmacoterapia es necesaria, se ha de indagar acerca de su efectividad: *¿está(n) siendo efectivos(s) el (o los) medicamento(s)?*

   Se entiende que la mejora de un problema de salud se debe a la acción conjunta de los medicamentos que lo están tratando. Es por ello que ***la valoración de la efectividad también se hace del conjunto de medicamentos que tratan el problema de salud***.

Se considera que un medicamento(s) es (son) efectivo(s) cuando alcanza(n) el objetivo terapéutico establecido, según la situación clínica concreta del paciente. Este objetivo suele coincidir, generalmente, con el estudiado (anteriormente) para el problema de salud que trata. Por ejemplo, normalmente se dirá que un tratamiento antihipertensivo está siendo efectivo, en un paciente hipertenso con diabetes tipo 2, cuando consigue mantener las cifras de presión arterial por debajo de 130/80 mmHg, las 24 horas del día (objetivo terapéutico en hipertensos diabéticos). En el caso de los tratamientos para el dolor, su objetivo es conseguir la desaparición o el alivio del mismo, según el tipo de dolor del que se trate (agudo o crónico). En el dolor crónico se considera que el tratamiento antiálgico es efectivo cuando consigue un alivio del mismo, aunque el dolor no desaparezca.

No obstante, en determinadas circunstancias se podrá considerar un tratamiento efectivo, aún cuando no se alcancen los objetivos terapéuticos para el problema de salud que trata. Son casos en los que el control del problema de salud es difícil de alcanzar y el medicamento está consiguiendo una mejoría notable (óptima). Por ejemplo, el caso de una HTA resistente al tratamiento farmacológico en un paciente con diabetes tipo 2 que presenta elevación sostenida de cifras de PA por encima de 180/100 mmHg. Puede ocurrir que un determinado tratamiento consiga disminuir y estabilizar la PA en valores medios de 140/90 mmHg. Aunque estas cifras aún estén por encima del objetivo terapéutico y, en consecuencia, se pueda considerar el problema de salud no controlado, de lo que no cabe duda es que el efecto del tratamiento antihipertensivo actual es destacable. En casos como este, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y siendo "¡justos" con la farmacoterapia, se considerará que la medicación está siendo efectiva.

Al identificar un resultado negativo asociado a la inefectividad de algún medicamento(s), aún se debe indagar acerca de la relación que pueda existir entre el RNM detectado y la cantidad del medicamento(s) que no está siendo efectiva. Esto permite determinar si la **inefectividad es cuantitativa o no cuantitativa**.

3. Después de valorar la efectividad del medicamento(s), ***independientemente del resultado de esta valoración***, se continuará valorando la seguridad de los medicamentos.

   La ***evaluación de la seguridad de los medicamentos***, a diferencia de como se ha evaluado la necesidad y la efectividad, ***se realizará de cada medicamento por separado***. Esto es, porque los medicamentos, aunque fueran prescritos para actuar conjuntamente sobre el problema de salud, van a presentar un perfil de seguridad distinto entre sí. Es decir, cualquiera de ellos puede presentar un problema de seguridad que no presente los otros.

Se considera que un medicamento es inseguro si produce o agrava alguno de los problemas de salud (manifestado o no) que aparecen en el estado de situación.

Existe un caso en el que aún sabiendo que el medicamento es inseguro, el resultado negativo no se clasificará como tal. Esto ocurre cuando el efecto indeseado del medicamento (la inseguridad) está siendo tratada con otro medicamento(s). En estos casos, se valorará la efectividad del medicamento(s) que trata(n) la inseguridad, y si el problema de salud (efecto indeseado) no está controlado, entonces el RNM se clasificará como una inefectividad del tratamiento que no lo controla. Esto es así por cuestiones metodológicas y su fin es alcanzar un acuerdo y tener el mismo criterio a la hora de clasificar los RNM.

Una vez detectado el resultado negativo asociado a la inseguridad de un medicamento todavía habrá que indagar, al igual que se hizo en la inefectividad, acerca de la relación que pueda existir entre dicha inseguridad y la cantidad de medicamento implicada. En base a ello, se diferenciará entre **inseguridad cuantitativa y no cuantitativa**.

4. Hasta ahora se habrá evaluado una línea del estado de situación. Este proceso se repetirá tantas veces como líneas con problemas de salud tratados con medicamentos existan en el estado de situación.

   Una vez se haya finalizado con todos estos problemas de salud tratados con medicamentos, se formulará la siguiente pregunta: ¿hay algún problema de salud que **no** esté siendo tratado farmacológicamente y **no** halla sido relacionado con alguno de los RNM identificados hasta el momento? Es decir, además de no estar siendo tratados farmacológicamente, estos problemas de salud no han debido ser considerados como el resultado negativo de algún medicamento innecesario, inefectivo o inseguro.

   En caso de existir estos problemas de salud, se determinará si son susceptibles de ser tratados con medicamentos y, en caso afirmativo, se valorará si la instauración de la farmacoterapia es necesaria en el momento actual. Si el resultado de esta segunda valoración también es positivo, entonces se habrá detectado un **RNM asociado a no recibir un tratamiento farmacológico que necesita**.

   Al finalizar la identificación de este último tipo de RNM, concluye el proceso de identificación sistemática de resultados negativos de la medicación. En este momento se dispondrá de un listado de resultados negativos de la medicación, a una fecha determinada.

Ejercicio 5. Dictemos sentencia (Evaluemos el caso).

Es momento de evaluar la farmacoterapia del paciente. Empieza por la primera línea con medicamentos y pregúntales acerca de su necesidad, efectividad y seguridad. Recuerda que la necesidad y la efectividad se evalúan de la estrategia farmacológica completa y la seguridad de cada medicamento por separado. Finalmente elabora el listado de RNM del paciente y refleja tus valoraciones.

4.6. Fase de intervención: plan de actuación

El objetivo de la fase de intervención es diseñar y poner en marcha el **plan de actuación con el paciente**.

El plan de actuación es un **programa de trabajo continuado** en el tiempo, diseñado en conjunto con el paciente, en el que quedarán fijadas las diferentes intervenciones farmacéuticas que van a emprenderse para mejorar o preservar el estado de salud del paciente.

Una **intervención farmacéutica**[68] es cualquier "acción (actividad), que surge de una toma de decisión previa, y que trata de modificar alguna característica del tratamiento, del paciente que lo usa o de las condiciones presentes que lo envuelven". Su finalidad será: ***1) resolver o prevenir los RNM***, ***2) preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados*** o, simplemente, ***3) asesorar o instruir al paciente*** para conseguir un mejor cuidado y seguimiento de sus problemas de salud y un mejor uso de sus medicamentos.

4.6.1. Características y generalidades del plan de actuación

Diseñar el plan de actuación y fijar dentro de él las correspondientes intervenciones farmacéuticas, implica necesariamente **tomar decisiones clínicas**. Esto quiere decir que el farmacéutico va a tener que elegir entre distintas alternativas que se puedan plantear para alcanzar los objetivos establecidos con el paciente. Para ello, se realizará una valoración sobre los beneficios, los riesgos y la viabilidad de cada una de las opciones disponibles. Para la correcta toma de decisiones es fundamental tener claro el objetivo que se persigue, reunir toda la información relevante que posibilite conocer, comprender y analizar el problema, así como tener en cuenta la opinión y preferencias de la persona a la que afecta la toma de decisión, es decir, al paciente.

La **participación de los pacientes** en el diseño del plan de actuación es imprescindible, ya que son ellos los principales responsables de su salud, y quienes han de querer cola-

borar en lo que se les proponga. Es fundamental explicarles qué se pretende hacer, cómo se pretende conseguir y con qué intención se propone, tratando de hacerlos partícipes, en todo momento, de las decisiones que hayan de tomarse. Es sabido que el paciente valora positivamente tener un papel activo en la toma de decisiones sobre su farmacoterapia y sus problemas de salud[69].

Es por esto que el mejor modelo clínico para la toma de decisiones en el SFT (también en otras actividades asistenciales) sea el **modelo de decisiones compartidas centrado en el paciente**, en el que tanto el farmacéutico como el paciente comparten información y responsabilidades para escoger la mejor opción terapéutica.

Tuneu y col[70] han propuesto el **modelo de decisión compartida para el SFT,** siguiendo los requisitos del trabajo mutuo con el paciente:

1. Crear una atmósfera de intimidad en el momento de pactar decisiones, fomentar la escucha activa, y la comunicación no verbal que induzcan a un ambiente de confidencialidad[71].

2. Investigar si el paciente desea involucrarse en las decisiones clínicas, conocer qué tipo de información desea y cómo quiere que se la expliquen bien con preguntas indirectas tipo: *¿Quiere que le interprete los análisis que me ha traído?*, o bien directamente; *¿Qué prefiere ó como se siente más cómodo, participando en cada una de las decisiones que tomemos* o *quiere seguir sólo mis recomendaciones?, ¿Quiere que le explique cuál es el propósito de los medicamentos que está tomando?*

3. Identificar claramente cuál es la decisión a tomar. Por ejemplo: *¿Quiere seguir con este tratamiento a pesar de los efectos secundarios o prefiere buscar otra alternativa terapéutica?*

4. Discutir con el paciente sus miedos, prioridades y expectativas. Como por ejemplo *¿Qué es lo que más le preocupa de tomar esta decisión?*

5. Exponer todas las opciones terapéuticas con los "pros" y los "contras"; la información debe transmitirse de manera asequible, sin jerga médica, explicando con dibujos o con gráficos conceptos que puedan ser claves[72]. Es importante retroinformarse sobre si *se ha explicado bien* y *qué es lo que ha comprendido el paciente*. Es necesario proporcionar al paciente otras fuentes de información o recursos a través de asociaciones de pacientes o de páginas Web que puedan ser de ayuda[73]. Debe brindarse información por escrito o facilitar, si están disponibles, medios audiovisuales.

6. Es importante compartir con el paciente recomendaciones personales, es decir, plantear al paciente *cuál sería nuestra opción si estuviéramos en su situación*.

7. Negociar la mejor decisión con el paciente, y si ésta no es urgente, valdría la pena dejar un tiempo para que cada uno "digiera" su opinión y luego volverse a reunir para discutir de nuevo la decisión que se va a tomar.

8. Una vez se ha tomado la decisión, sea cual sea, se ha de apoyar al paciente para que se sienta acompañado en la decisión tomada.

Además de con el paciente, en la fase de intervención será preciso ponerse en **contacto con otros profesionales de la salud** que puedan estar atendiéndolo. Esto ocurre, por ejemplo, cada vez que la intervención farmacéutica pretende modificar alguna característica del tratamiento que requiera de la valoración profesional de un médico. Finalmente, éste será quien decida acerca de la idoneidad del cambio que se propone. En otros casos, la intervención farmacéutica puede requerir de la comunicación con otros profesionales sanitarios que aborden aspectos concretos del tratamiento del paciente. Por ejemplo, el caso del personal de enfermería que trabaja con los pacientes en centros de atención primaria y desarrolla una importante actividad educativa, entre otras, o el caso de profesionales de la nutrición que realizan un asesoramiento alimenticio al paciente.

Cuando el SFT se realice en ámbitos donde se trabaje directamente con el médico u otros profesionales de la salud (ej. enfermeros, cuidadores), el plan de actuación será elaborado teniendo en cuenta su participación en la toma de decisiones clínicas.

4.6.2. Pasos para diseñar el plan de actuación

El diseño del plan de actuación consta de los siguientes pasos:

1. Definir objetivos
2. Priorizar los objetivos
3. Determinar las intervenciones farmacéuticas
4. Planificar las intervenciones farmacéuticas

4.6.2.1 Definir objetivos

El primer paso para diseñar el plan de actuación consiste en definir cuales son los objetivos a conseguir con el paciente. Se trata de establecer unas **metas asequibles**, que permitan mejorar y / o mantener el estado de salud del paciente.

Durante el SFT, una parte de los objetivos se establecen según los RNM detectados, que tratarán de prevenirse o resolverse. No obstante, la actuación del farmacéutico y los objetivos que éste se plantee no deberían limitarse o centrarse únicamente en la resolución o prevención de los RNM. También habrán de plantearse objetivos que persigan mantener o preservar los resultados positivos que ya se han conseguido.

En este sentido, es importante que el farmacéutico tenga en cuenta y atienda cualquier necesidad que perciba del paciente respecto a su medicación y se implique en el asesoramiento y tratamiento básico de los distintos problemas de salud, independientemente de si existen RNM o no (participación en el abordaje terapéutico integral).

Implicarse en el tratamiento integral de los problemas de salud favorece que se fijen nuevas metas (objetivos), que pretenden:

- Optimizar al máximo la asistencia que recibe el paciente.
- Favorecer el cuidado y control de los problemas de salud.
- Mejorar el beneficio que se pueda obtener de la farmacoterapia.

Algunos ejemplos pueden ser: favorecer el control de las enfermedades crónicas mediante la instrucción en la automedida domiciliaria de los parámetros clínicos, promover hábitos de vida saludable, prevenir la aparición de factores de riesgo, recordar al paciente cuando tiene que acudir al médico para realizar los controles periódicos de sus problemas de salud, etc.

Trabajar y fijar objetivos en pro de preservar los resultados positivos es especialmente relevante cuando se han resuelto o simplemente no se han detectado RNM. Dicho de otra forma: *¿Qué se hace con los pacientes que no tienen RNM?* Es obvio, que en estos casos el SFT no se termina; al contrario, se ha de vigilar que los objetivos terapéuticos alcanzados se mantengan.

4.6.2.2. Priorizar

Una vez establecidos los distintos objetivos, éstos deberán ser priorizados. Para ello se tendrá en cuenta la **relevancia clínica de los problemas de salud** (gravedad objetiva de los problemas de salud), así como las **preferencias de los pacientes** (gravedad subjetiva).

Los problemas de salud pueden tener una relevancia clínica distinta de unos a otros. Dicha relevancia clínica viene determinada por la gravedad o importancia del problema sobre

el estado de salud del paciente, y ha de ser conocida por el farmacéutico tras realizar la fase de estudio.

No obstante, para poder priorizar los objetivos y las intervenciones, un aspecto tan importante como el anterior lo constituye la preocupación y las preferencias del paciente, que es quien va a beneficiarse, o no, de la intervención. Generalmente, el paciente toma sus decisiones y establece sus prioridades en función del beneficio que les proporciona y el esfuerzo que han de realizar para conseguir cada objetivo. De aquí la importancia de captar la preocupación y las expectativas del paciente por sus problemas de salud durante las entrevistas efectuadas.

Por tanto, para poder priorizar los objetivos, así como las intervenciones destinadas a conseguirlos, será preciso alcanzar un acuerdo con el paciente, en el que se pretende integrar la visión del farmacéutico (gravedad objetiva) con la del paciente (gravedad subjetiva) y así crear una visión realista de los problemas de salud y la farmacoterapia.

Este acuerdo con el paciente consiste en una "negociación" en la que se informará al paciente sobre las desviaciones encontradas y lo que éstas representan para su salud, se expondrá la opinión profesional y se le ofrecerá una estrategia coherente que posibilite la resolución del problema. Es importante que el paciente entienda y asimile toda la información, que manifieste todas sus inquietudes y que disponga del tiempo necesario para estar convencido de la estrategia a seguir. Finalmente el paciente decidirá y elegirá la opción que considere más favorable. En todo caso, contará siempre con el apoyo del farmacéutico.

Es preciso destacar que intervenir teniendo en cuenta las preferencias del paciente puede contribuir aumentando la confianza y el interés del mismo por la labor del farmacéutico. Esto puede ser aprovechado en el futuro cuando se pretenda poner en marcha otras intervenciones que el farmacéutico considere esenciales.

Además de la relevancia clínica o las preferencias del paciente, otro aspecto a tener en cuenta a la hora de intervenir, es lo comprometedora o arriesgada que puedan llegar a ser las distintas opciones que se barajen, sobre todo cuando no se disponga de la experiencia suficiente. En ciertos casos, elegir la opción menos comprometida e ir ganando confianza poco a poco, es también una buen criterio para priorizar los objetivos.

4.6.2.3. Determinar las intervenciones farmacéuticas

Una vez se hayan aclarado y priorizado los objetivos, habrá que determinar la forma de intervenir para alcanzarlos.

En general, para elegir o seleccionar el tipo de intervención más adecuado para alcanzar un objetivo, la mejor forma es tener en cuenta cuales han sido las intervenciones que, según la evidencia científica, han demostrado ser efectivas en el control de los distintos problemas de salud. Entonces, se tratará de adaptarlas a las circunstancias particulares del caso.

Para alcanzar un objetivo se podrán emprender tantas intervenciones como sean necesarias; el efecto sinérgico de varias intervenciones puede favorecer el logro de los propósitos planteados. Así mismo, las intervenciones emprendidas pueden estar destinadas al logro de varios objetivos, rentabilizando al máximo el efecto derivado de las mismas.

En general, además de lo que se pueda haber estudiado de la evidencia científica sobre intervenciones efectivas en salud, el sentido común y la experiencia adquirida (práctica clínica del farmacéutico) son elementos claves a fomentar para que las decisiones que se hayan de tomar sean lo más adecuadas y determinen mayores probabilidades de éxito.

Sabater y col[68] establecen **10 tipos de intervenciones** que un farmacéutico en ejercicio con pacientes reales, puede realizar **para tratar de resolver o prevenir los RNM**:

Categoría	Intervención	Definición
Intervenir sobre cantidad de medicamentos	Modificar la dosis	Ajuste de la cantidad de fármaco que se administra de una vez.
	Modificar la dosificación	Cambio en la frecuencia y/o duración del tratamiento.
	Modificar la pauta de administración (redistribución de la cantidad)	Cambio del esquema por el cual quedan repartidas las tomas del medicamento a lo largo de un día.
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento(s)	Incorporación de un nuevo medicamento a los que ya usa el paciente (no reemplaza).
	Retirar un medicamento(s)	Abandono de la administración de un determinado(s) medicamento(s) de los que utiliza el paciente.
	Sustituir un medicamento(s)	Reemplazo de algún medicamento de los que utilizaba el paciente por otros de composición diferente, o bien de diferente forma farmacéutica o vía de administración.
Intervenir sobre la educación al paciente	Educar en el uso del medicamento (disminuir el incumplimiento involuntario).	Educación en las instrucciones y precauciones para la correcta utilización y administración del medicamento.
	Modificar aptitudes respecto al tratamiento (disminuir el incumplimiento voluntario)	Refuerzo de la importancia de la adherencia del paciente a su tratamiento.
	Educar en medidas no farmacológicas	Educación del paciente en todas aquellas medidas higiénico-dietéticas que favorezcan la consecución de los objetivos terapéuticos.
No está clara: No se establece con claridad cual es la acción que debería de realizarse. Se remite al médico para que éste valore la situación del paciente y lleve a cabo la acción más adecuada.		

Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Fuente: Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3 (2): 90-97.

Como se ha comentado anteriormente, en la fase de intervención, además de intervenir para resolver los RNM, se podrán en marcha una serie de intervenciones destinadas a ***preservar o mejorar los resultados positivos alcanzados.*** Es decir, aunque la farmacoterapia sea necesaria, efectiva y segura, se emprenderán acciones específicas que permitan mantener los resultados positivos en el tiempo.

Se trata de intervenciones de reconocido valor (según la evidencia clínica), cuyos beneficios probables sobre la salud del paciente (generalmente documentados), hacen oportuno efectuarlas.

Algunas de estas intervenciones se encuentran en el área de la prevención de la enfermedad[74] y transcienden de aquellas intervenciones destinadas a prevenir los RNM, ya que pueden no estar relacionadas directamente con el medicamento, sino estar vinculadas al manejo integral del problema de salud. Algunos ejemplos descritos por farmacéuticos son:

- Intervención en la dieta y ejercicio en pacientes con diabetes controlada con medicamentos seguros.
- Refuerzo educativo permanente de la técnica de inhalación en pacientes con asma controlada con medicamentos
- Intervención para el control de factores desencadenantes (alergias) en pacientes asmáticos en periodos asintomáticos.
- Educación alimentaria en pacientes controlados y tratados con anticoagulantes orales.

Con la **Educación para la Salud (EpS)** se pretende que el paciente asuma la mayor responsabilidad posible respecto a su propia salud y así, contribuya a la consecución de los objetivos terapéuticos. Se busca fomentar el empoderamiento de las personas, potenciar sus recursos y su autonomía ofreciéndoles la posibilidad de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y de adquirir un mayor control sobre las acciones que afectan a su salud (el paciente no debe limitarse a asimilar conocimientos, además debe consolidarlos y ponerlos en práctica).

Cuando se realicen **intervenciones farmacéuticas en las que sea necesario comunicarse con otros profesionales sanitarios**, se recomienda que se utilicen **informes por escrito.** Los fundamentos son los siguientes:

- Se cumple con las expectativas del trato entre profesionales de la salud.
- Se evita cualquier confusión que pudiera producirse cuando es el paciente quien transmite oralmente la información al médico.

Cuando se redacten informes al médico se recomienda que se tengan en cuenta las siguientes partes[75]:

- ***Presentación del paciente:*** se identificará al paciente, los medicamentos implicados en la intervención, así como el problema de salud que están tratando.
- ***Motivo de la derivación:*** se expondrá el RNM identificado y las manifestaciones clínicas en que se fundamenta la sospecha (síntomas, signos, mediciones clínicas). Se evitará hacer juicios diagnósticos o pronósticos en base a la información remitida.
- ***Juicio farmacéutico:*** se presentará la relación entre el problema referido y los medicamentos del paciente, comentando las posibles causas (PRM) implicadas en la aparición del RNM. Se podrá emitir la opinión sobre la alternativa farmacoterapéutica más adecuada para el paciente (sólo en aquellos casos en los que se considere apropiado; evitar hacerlo en los primeros contactos con el médico, hasta que se establezca una relación más cercana).
- ***Despedida:*** se otorga al médico la autoridad para valorar el beneficio-riesgo de la intervención y se muestra la predisposición para colaborar en equipo por la salud del paciente.

De cada informe es conveniente realizar tres copias: una para el médico, otra para el paciente y una última para el farmacéutico.

4.6.2.4. Planificación de las intervenciones farmacéuticas

Para finalizar la estrategia de intervención es preciso determinar cómo se irán introduciendo las distintas intervenciones en el tiempo. A veces, es necesario que las intervenciones se vayan incorporando gradualmente, otras veces, por ejemplo, ante una situación de gravedad, se podrán iniciar varias acciones al mismo tiempo. En general, es conveniente que para cada intervención que se pretenda realizar se establezca y acuerde, aunque sea de forma aproximada:

- **Fecha de inicio de la intervención farmacéutica (IF)**.
- **Fechas de revisión de la intervención**. Para observar los cambios producidos en respuesta a la intervención (por parte del paciente y/o el médico) y verificar que éstos continúan en el tiempo.
- **Fecha de valoración del resultado de la intervención**. Para ello habrá de haber transcurrido el tiempo necesario.

Una vez realizada la programación de las intervenciones destinadas a alcanzar cada objetivo, se habrá finalizado el diseño del plan de actuación con el paciente. Tanto los objetivos como las intervenciones destinadas a alcanzarlos se apuntarán en la **hoja de plan de actuación**.

Este documento consta de dos tablas. La primera permite enumerar y describir los objetivos planteados con el paciente, quedando indicada su prioridad (alta, media o baja), la fecha en que se plantearon y, en aquellos casos en los que sea posible, la consecución de los mismos. La segunda tabla permite describir y planificar, de forma general, las intervenciones farmacéuticas emprendidas para alcanzar los distintos objetivos planteados. Igualmente, se anotarán las fechas en que estas intervenciones fueron puestas en marcha y revisadas (fechas de inicio, control y resultado). La información derivada de las mismas, se recogerá durante las entrevistas sucesivas con el paciente, y será anotada utilizando las hojas de entrevistas sucesivas (ver más adelante, apartado 4.7.1).

Plan de actuación

Fecha: Hoja: /

programa DADER

Nº	Objetivos (Descripción)	Fecha (planteamiento)	Prioridad	Conseguido	Fecha
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: Inicio, control, resultado

Plan de actuación. Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

Por otra parte, el plan de actuación ha de quedar reflejado en una **"agenda del paciente"**. Se trata de un calendario donde se apuntan las intervenciones que hay que hacer con el paciente para ir alcanzando los objetivos, debidamente ordenadas según la prioridad establecida. Idealmente, en la agenda, se anotarán (preestablecerán) las fechas para el control periódico de las intervenciones, así como para comprobar que una medida instaurada ha sido efectiva.

Agenda del paciente

Año: _____

Fecha	Motivo de la cita	Realizada

Enero

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Febrero

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Marzo

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Abril

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mayo

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junio

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Julio

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Agosto

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Septiembre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Octubre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Noviembre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Diciembre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Agenda del paciente. Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

Ejercicio 6. Ayudemos al paciente.

Analiza las necesidades del paciente y establece cuales son los objetivos a conseguir. Ahora, piensa cuales son prioritarios y de que forma puedes alcanzarlos. Todo esto, trata de reflejarlo utilizando la hoja del plan de actuación y la agenda del paciente. Por último, pasa a la acción: ¡intervén con tu primer paciente!

4.7. Entrevistas farmacéuticas sucesivas (resultado de la intervención farmacéutica)

Las entrevistas farmacéuticas tras la fase de intervención, cierran el proceso de seguimiento del paciente, haciéndolo cíclico. En este momento el SFT al paciente sólo finaliza cuando éste o el farmacéutico deciden abandonarlo.

Tras diseñar el plan de actuación con el paciente y haber iniciado las primeras intervenciones, es importante realizar un seguimiento de las mismas. En este sentido, las entrevistas sucesivas con el paciente sirven para:

- ***Conocer la respuesta del paciente y/o del médico ante la propuesta de intervención realizada por el farmacéutico***. De esta forma, se podrá determinar si la intervención ha sido aceptada o no, por los restantes miembros del equipo de salud, incluido el paciente. Se anotarán las modificaciones que se hayan producido como consecuencia de la intervención: cambios en la farmacoterapia, incorporación de nuevos hábitos de vida o medidas higiénico-dietéticas por parte del paciente, etc.

- ***Comprobar la continuidad de la intervención.*** Es decir, asegurar que los cambios promovidos por las intervenciones se mantienen o continúan en el tiempo. Esto ha de realizarse periódicamente, según la naturaleza de la intervención, y se aprovechará para reforzar las conductas positivas adquiridas.

- ***Obtener información sobre el resultado de la intervención farmacéutica.*** Transcurrido el tiempo necesario, se medirán las variables clínicas (síntomas, signos, mediciones fisiológicas o metabólicas) que permitan valorar el efecto de la intervención. El resultado de la intervención es favorable si la mejora conseguida cumple con el objetivo terapéutico establecido para el paciente, o bien, si se ha preservado el estado de salud inicial, si éste era el adecuado. En caso contrario, se considera que la situación no está resuelta, pudiendo dar lugar a la puesta en marcha de nuevas intervenciones.

Además de supervisar las intervenciones farmacéuticas ya iniciadas, las entrevistas sucesivas con el paciente pueden servir para iniciar **nuevas intervenciones previstas en el plan de actuación** y destinadas a reforzar la consecución de un objetivo o alcanzar otros. También podrán iniciarse **nuevas intervenciones farmacéuticas que puedan ir surgiendo a tenor de las circunstancias**.

Otros motivos por los cuales se pueden programar nuevas entrevistas con el paciente son: la **aparición de nuevos problemas de salud o nuevos medicamentos** o la realización de alguna **consulta por parte del paciente**.

De lo comentado hasta ahora se puede deducir que algunas entrevistas sucesivas pueden estar previstas dentro del plan de actuación mientras que otras pueden surgir según lo que vaya aconteciendo durante el SFT.

Cualquiera de las entrevistas sucesivas, independientemente del motivo por el que se produzcan, ha de servir para **suministrar información de reconocido valor al paciente y asesorarlo** para favorecer el control de sus problemas de salud y obtener el máximo beneficio de sus medicamentos.
En general, es habitual que en cualquiera de las entrevistas sucesivas con el paciente se obtenga **nueva información (actualizada)** de los problemas de salud y medicamentos que toma. Toda esta información ha de registrarse y pasará a formar parte de la **historia farmacoterapéutica**.

Es preciso entender que la incorporación de nueva información en la historia farmacoterapéutica dará lugar a **nuevos estados de situación** del paciente**,** que deben recoger las modificaciones que han tenido lugar (si se recuerda, los estados de situación para una fecha determinada, se elaboraban a partir de la historia farmacoterapéutica). Como es obvio, estos cambios en el estado de situación estarán asociados a las fechas en que se haya generado la nueva información del paciente.

4.7.1. Registro de las entrevistas sucesivas

Como documentación de apoyo para las entrevistas sucesivas, se ha diseñado la ***hoja de entrevistas sucesivas***. Este documento permite recoger la información obtenida durante estas entrevistas en un formato estandarizado, cuya principal ventaja es promover trabajar con orden en el almacenamiento y acceso a la información de la historia farmacoterapéutica.

Entrevistas Sucesivas Fecha: Hoja: /

programa DADER

Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión

Hoja de entrevistas sucesivas. Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada

4.7.2. Registro de las intervenciones farmacéuticas

Para recoger, a modo de resumen, la información sobre las intervenciones farmacéuticas realizadas, tanto para resolver o prevenir un RNM (manifestados y sospechas de RNM) como para preservar los resultados positivos alcanzados en el paciente, el Método Dáder incorpora como parte de su material impreso las denominadas **hojas de intervención farmacéutica**.

El gran valor de las hojas de intervención radica en que sirven como **"sistema de comunicación de incidentes"**, dando la posibilidad de notificar y recopilar datos sobre el SFT. No obstante, esto sólo tiene sentido si estos datos son sometidos a análisis y son evaluados, proporcionando retroalimentación a los profesionales implicados y a las instancias de la administración sanitaria relacionadas con la gestión de los servicios, para que puedan aprender de los casos y orientar sus acciones hacia la mejora de las atenciones[76].

Para que todo esto pueda llevarse a cabo es preciso que las hojas de intervención farmacéutica sean **remitidas al Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico**, donde se almacenará la información para su posterioranálisis por los responsables de dicho programa[77,78].

La hoja de intervención farmacéutica recogen información:

- De *carácter clínico*, ya que contiene datos que describen el estado de salud del paciente que utiliza los medicamentos al inicio de la intervención (RNM o resultado positivo identificado) y su evolución al finalizar la misma (resultado de la intervención).

- Sobre la *actividad asistencial del farmacéutico*, ya que se describen los procesos llevados a cabo para tratar de resolver los RNM o para mantener resultados obtenidos alcanzados.

El análisis del contenido de las hojas de intervención tiene como objetivo extraer conclusiones, en base a experiencias reales, que permitan mejorar y adecuar la práctica del SFT.

4.7.2.1. Hoja de intervención farmacéutica para la comunicación de los RNM

La **hoja de intervención farmacéutica para la comunicación de los RNM** parte del RNM identificado, a continuación se describe la acción o acciones que el farmacéutico ha iniciado para solucionarlo, y finalmente se especifica el resultado derivado de las mismas. Esto quiere decir, que consta de tres partes diferenciadas.

Antes de comenzar a describir cada una de las partes es necesario señalar que ***en cada hoja de intervención se comunicará un único RNM***. Además, esta hoja de intervención no será enviada al Programa Dáder hasta que se obtenga un resultado que permita valorar el efecto de la acción(es) emprendidas por el farmacéutico.

1. **Identificación del resultado negativo.**
    a. **Fecha de identificación:** corresponde al día en que se evaluó la farmacoterapia del paciente y se detectó el RNM.
    b. **RNM:** se indicará el cambio no deseado en el estado de salud asociado al uso del medicamento (manifestación clínica).
    c. **Medición inicial**: se indicará, cuando proceda, el parámetro cuantificable inicial empleado para medir el RNM.
    d. **Clasificación del RNM:** se señalará únicamente una de las seis opciones que permiten clasificar el RNM.
    e. **Medicamentos implicados:** se incluirán sólo aquellos medicamentos implicados en la aparición del RNM.
    f. **Causa (PRM):** se podrán seleccionar varias causas de las indicadas en el listado. Además se facilita un cuadro de texto por si fuera necesario realizar una descripción complementaria sobre el motivo de aparición del RNM.

2. **Acción**
   a. **Fecha de inicio de la acción:** se indicará la fecha en se inició la primera acción destinada a resolver el RNM.
   b. **Objetivo:** según lo establecido en la fase de estudio para el paciente. Permitirá definir cual es la "meta ideal" a la que se pretende llegar.
   c. **Tipo de intervención realizada:** se indicará cual ha sido la forma elegida para tratar de solucionar el RNM detectado (ver tabla de tipos de intervención mostrada anteriormente). En ocasiones puede ocurrir que se hayan puesto en marcha varias acciones para resolver el RNM al mismo tiempo. En estos casos se señalarán tantas opciones como proceda. Además, existe un cuadro de texto que permite explicar con mayor extensión la intervención realizada.
   d. **Vía de comunicación:** se señalará la opción que más se adecue al caso.

3. **Resultado**
   a. **¿Qué ocurrió con la intervención?:** se refiere a qué pasó con la propuesta de intervención realizada por el farmacéutico: cual fue la respuesta del paciente y/o del médico (si procede). Se indicará la fecha de revisión de la intervención.
   b. **¿Qué ocurrió con el problema de salud (RNM)?:** transcurrido el tiempo necesario para valorar el efecto de la intervención puesta en marcha se indicará cual fue la evolución del problema de salud. En este momento se señala la fecha de finalización de la intervención.
   c. **Medición final**: se indicará, cuando proceda, el valor final del parámetro cuantificable que permite medir el resultado final de la intervención.
   d. **Resumen final de la intervención:** se indicará la opción que, dentro del recuadro, mejor se ajuste a lo acontecido durante la intervención farmacéutica (resolución del RNM y aceptación de la intervención por parte del médico y/o el paciente).

Si transcurrido el tiempo suficiente para valorar el resultado de la(s) intervención(es) el RNM no se ha resuelto, aunque el RNM siga siendo el mismo, se utilizará una nueva hoja de intervención para contar lo que acontezca a partir de ese momento. Es decir, el RNM no resuelto, será considerado como un "nuevo RNM", que será comunicado en una nueva hoja de intervención.

Hoja de intervención

Resultados Negativos asociados a la Medicación

programa DADER

Identificación

Fecha: | RNM:

Clasificación RNM (Marcar uno)

- Problema de Salud no tratado
- Efecto de medicamento innecesario
- Inefectividad no cuantitativa
- Inefectividad cuantitativa
- Inseguridad no cuantitativa
- Inseguridad cuantitativa

Situación del PS (Marcar uno)

- Problema manifestado
- Riesgo de aparición

Medición inicial:

Medicamento (s) implicado (s)

Código	Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica

Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas)

- 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
- Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
- Probabilidad de efectos adversos
- Problema de salud insuficientemente tratado
- Otros

Descripción:

Acción

Fecha: | Objetivo:

Que se pretende hacer para resolver el problema

Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos	Modificar la dosis	
	Modificar la dosificación	
	Modificar la pauta (redistribución de la cantidad)	
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento	
	Retirar un medicamento	
	Sustituir un medicamento	
Intervenir sobre la educación del paciente	Forma de uso y administración del medicamento	
	Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente)	
	Educar en medidas no farmacológicas	
	No esta clara	

Descripción:

Vía de comunicación

- Verbal con el paciente
- Escrita con el paciente
- Verbal paciente-médico
- Escrita paciente-médico

Resultado

¿Qué ocurrió con la intervención? Fecha:____/____/____

¿Qué ocurrió con el problema de salud? Fecha:____/____/____

Resultado	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención Aceptada		
Intercención no aceptada		

Medición final:

Hoja de intervención farmacéutica (resultados negativos asociados a la medicación). Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

4.7.2.2. Hoja de intervención farmacéutica para la comunicación de los resultados positivos alcanzados

La hoja de intervención de resultados positivos alcanzados está diseñada para registrar aquellas acciones farmacéuticas indispensables para preservar los resultados positivos alcanzados en el paciente. Esta hoja pretende servir de motivación para los farmacéuticos, ya que posibilita que se registren aquellas intervenciones farmacéuticas que inciden en mantener el estado de salud del paciente.

La hoja de intervención de resultados positivos presenta la siguiente estructura y apartados:

1. **Identificación del resultado positivo.**
   a. **Fecha de identificación:** corresponde al día en que se evaluó la farmacoterapia del paciente y se identificó el resultado positivo.

b. **Resultado positivo:** se indicará la condición clínica que se pretende mantener.

c. **Medición inicial**: se indicará, cuando proceda, el valor inicial del parámetro cuantificable que quiere mantenerse, reforzarse o mejorarse.

d. **Medicamentos implicados:** se incluirán sólo aquellos medicamentos implicados en la consecución del resultado positivo.

2. **Acción**

a. **Fecha de inicio de la acción:** se indicará la fecha en se inició la primera acción destinada a mantener o reforzar el resultado positivo.

b. **Objetivo:** según lo establecido en la fase de estudio para el control del problema de salud.

c. **Tipo de intervención realizada:** se indicará cual ha sido la forma elegida para tratar de mantener y reforzar el resultado positivo alcanzado. En ocasiones puede ocurrir que se hayan puesto en marcha varias acciones al mismo tiempo. En estos casos se indicarán tantas opciones como proceda.

d. **Vía de comunicación:** se señalará la opción empleada en la intervención.

3. **Resultado**

a. **¿Qué ocurrió con la intervención?:** se refiere a qué pasó con la propuesta de intervención realizada por el farmacéutico (cúal fue la respuesta del paciente y del médico). Se indicará la fecha de revisión de la intervención.

b. **¿Qué ocurrió con el problema de salud (evolución del resultado positivo)?:** transcurrido el tiempo necesario para valorar el efecto de la intervención puesta en marcha se indicará cual fue la evolución del problema de salud. Ésta será la fecha de finalización de la intervención.

c. **Medición final:** se indicará, cuando proceda, el valor inicial del parámetro cuantificable que permita medir el resultado final de la intervención farmacéutica.

Hoja de intervención

Resultados Positivos Alcanzados

programa DADER

Identificación	Identificación
Resultado positivo: Descripción del signo, síntoma o parámetro cuantificable a controlar o prevenir.	Resultado positivo: Descripción del signo, síntoma o parámetro cuantificable a controlar o prevenir.

Medicamento (s) implicado (s)		Medicamento (s) implicado (s)	
Código	Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica	Código	Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica

Acción		Acción	
Fecha:	Objetivo:	Fecha:	Objetivo:
Descripción de la intervención para preservar el resultado positivo.		Descripción de la intervención para preservar el resultado positivo.	

Vía de comunicación				Vía de comunicación			
	Verbal con el paciente		Escrita con el paciente		Verbal con el paciente		Escrita con el paciente
	Verbal paciente-médico		Escrita paciente-médico		Verbal paciente-médico		Escrita paciente-médico

Resultado	Resultado
¿Qué ocurrió con la intervención? Fecha:____/____/____	¿Qué ocurrió con la intervención? Fecha:____/____/____
¿Qué ocurrió con el problema de salud? Fecha:____/____/____	¿Qué ocurrió con el problema de salud? Fecha:____/____/____
Medición final:	Medición final:

Hoja de intervención farmacéutica: resultados positivos. Fuente: Programa Dáder®. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada.

Ejercicio 7. ¿Cómo continuará el paciente?

Es el momento de revisar si se han realizado los cambios propuestos, cómo continúan las intervenciones iniciadas y cual es el resultado que se ha obtenido. Si conoces el resultado de alguna de las intervenciones realizadas rellena la hoja de intervención y remítela al Programa Dáder ¡Ya estás haciendo seguimiento farmacoterapéutico! A partir de ahora, continúa. ¡Mucha suerte!

5. Caso práctico guiado según el Método Dáder

El caso práctico que se expone a continuación está basado en un caso real de seguimiento farmacoterapéutico[79], y ha sido adaptado con fines docentes.

El interés fundamental de este caso radica en abordar cada una de las fases del Método Dáder, de una forma práctica. También se aprovechará para mostrar la utilidad de la documentación (material impreso) destinada a elaborar la historia farmacoterapéutica del paciente.

5.1. Oferta del servicio

Mujer de 50 años, paciente habitual de la farmacia, que en una de sus visitas habituales, consulta a la farmacéutica acerca de unos dolores de cabeza que viene sufriendo en los últimos meses, y que ella relaciona con la toma de un medicamento en concreto.

Ante tal circunstancia, se le ofrece el SFT (16/01/06), explicándole que es un nuevo servicio que se ofrece en la farmacia, que pretende obtener el máximo beneficio posible de los medicamentos que utiliza. Además, se le comenta que se trata de un servicio que se va a prolongar en el tiempo y que no pretende realizar modificaciones de los tratamientos, ya que son responsabilidad del médico(s) que la trata. Por otra parte, se le hace énfasis en que siempre se le informará acerca de cualquier suceso importante que ocurra con respecto a su medicación, para tratar de ponerle una solución conjunta. En el momento que desee, es libre de abandonar el servicio sin que esto repercuta en su atención habitual. La paciente acepta la propuesta que se le realiza. A continuación, se acuerda un día para quedar y tener una primera cita (primera entrevista farmacéutica: 17-01-06, 10:00h).

Antes de despedir a la paciente, se le recuerda que no olvide traer consigo la bolsa con todos los medicamentos que tenga en "su botiquín", así como con los informes médicos y analíticas de las que dispongan, fundamentalmente aquellas más recientes.

5.2. Entrevista farmacéutica: primera entrevista

Fecha: 17-01-06. Tal y como se acordó el día anterior, la paciente acude a la farmacia a la hora establecida, con la bolsa de sus medicamentos en la mano. Se le hace pasar a la zona de atención personalizada, donde se puede gozar de la privacidad necesaria para realizar la entrevista.
A continuación se muestra la información obtenida durante la primera entrevista con la paciente:

Entrevista Farmacéutica: **Problemas de Salud** Fecha: 17.01.06 Hoja: /

programa DADER

Problema de Salud: MIGRAÑA* — **Inicio:** 4 meses

"Fuertes dolores de cabeza". Es el problema que más le preocupa en la actualidad, porque las crisis son totalmente incapacitantes. Cuando las tiene, ha de irse a acostar a oscuras. En estos cuatro meses ha sufrido crisis de migraña hasta dos veces al mes. No le sucedía algo así desde hace 30 años, "cuando era joven".
Este problema lo relaciona con el medicamento que le mandó el ginecólogo para los sofocos y que toma cada noche.
Hasta ahora no ha tomado ningún medicamento para tratar de solucionar el problema, ya que cuando lo tuvo 30 años atrás, todo lo que probó no le hizo efecto ("Ahora pasará igual", comenta).

Problema de Salud: HTA* — **Inicio:** 2 años

Cree que su PA está controlada, aunque no sabe cómo se encuentran sus cifras. Sin valores en el último año. Tiene un aparato para medir la PA. No sabe cómo funciona y la utilidad que tiene. Reconoce que se olvida tomar el medicamento de vez en cuando.
Trata de comer con menos sal que antes. Pone a cada plato, la mitad de sal de lo que ponía normalmente.
Sedentaria. Sale sólo para lo imprescindible. Sus hijos suelen traerle todo lo que pueda necesitar de la calle. Informe con el diagnóstico de la HTA (20-02-04). Mismo tratamiento desde que se le diagnosticó.
Acude cada tres meses al médico a retirar el tratamiento. Las últimas veces, su médico ha medido su PA, pero no recuerda las cifras.
Se mide la PA en la farmacia –ver tabla de parámetros-.

Problema de Salud: SÍNDROME CLIMATERICO* — **Inicio:** 15/9/05

Sofocos.
Relaciona este problema con la etapa de la vida en que se encuentra. Hace 4 meses fue a su médico de cabecera y le prescribió los anticonceptivos que está tomando. Muestra el informe médico.
Antes de tomar los medicamentos los sofocos eran bastante intensos. Fue al médico impulsada por una amiga, que había padecido problemas similares.
Nunca ha tomado ningún medicamento o producto para tratar los sofocos, sin ser los anticonceptivos que ahora toma.

Problema de Salud: — **Inicio:**

Problema de Salud: — **Inicio:**

Problema de Salud: — **Inicio:**

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): 1) Preocupación y expectativas del paciente respecto al P.S., **2) percepción sobre el control del P.S.** (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), **3) situaciones o causas de descontrol del P.S.**, **4) periodicidad de los controles médicos**, **5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas** relacionadas con el problema de salud.

Entrevista Farmacéutica: **Problemas de Salud** Fecha: 17.01.06

programa DADER

Problema de Salud:	Inicio:	Problema de Salud:	Inicio:

Problema de Salud:	Inicio:	Problema de Salud:	Inicio:

Otra información relevante (alergias, intervenciones quirúrgicas, otros antecedentes)

No fuma.
Tiene un buen nivel cultural y capta con atención cualquier explicación que se le ofrece.
Durante la entrevista, muestra interés por conocer algo más sobre su HTA y sobre el manejo de su aparato para medir la PA.
No ha sido operada con anterioridad y tampoco refiere conocer alergias a medicamentos, alimentos u otros factores.

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): 1) Preocupación y expectativas del paciente respecto al P.S., **2) percepción sobre el control del P.S.** (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), **3) situaciones o causas de descontrol del P.S.**, **4) periodicidad de los controles médicos**, **5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas** relacionadas con el problema de salud.

Entrevista Farmacéutica: **Medicamentos** Fecha: 17.01.06 Hoja: /

programa DADER

Medicamento:

Principio Activo: ENALAPRIL 20 MG

P.S. que trata: HTA

Pauta prescrita	1-0-1
Pauta usada	1-0-1 (Cuando se acuerda)

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Refiere que su HTA está controlada

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

No refiere nada extraño relacionado con el medicamento

Fecha inicio	20.02.04
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

No conoce ninguna recomendación acerca de cómo utilizarlo. Se lo toma cuando se acuerda, con el desayuno.

Observaciones

Los días que acuden al médico a retirar las recetas no olvida tomarlo, "por si el médico mide su PA". Hoy (17.01.05) no lo ha tomado.

Medicamento:

Principio Activo: LEVONORGESTREL 75 MCG / ESTRADIOL 2MG

P.S. que trata: "SOFOCOS"

Pauta prescrita	0-0-1
Pauta usada	0-0-1

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Desde que inició el tratamiento han desaparecido las molestias

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Tiene la certeza que ha sido el responsable de que aparezcan las crisis de migraña.

Fecha inicio	15.09.05
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

No le advirtieron sobre las instrucciones de uso. Cree que lo puede tomar a cualquier hora del día. No sabe que hacer cuando falla alguna toma.

Observaciones

Medicamento:

Principio Activo:

P.S. que trata:

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor:

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Entrevista Farmacéutica: Medicamentos

programa DADER

Medicamento: _____

Principio Activo: _____

P.S. que trata: _____

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor: _____

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Medicamento: _____

Principio Activo: _____

P.S. que trata: _____

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor: _____

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Medicación anterior

Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Principio activo: NITROFURANTOINA	Principio activo:	Principio activo:	Principio activo:
¿Para qué? INFECCION DE ORINA	¿Para qué?	¿Para qué?	¿Para qué?
Observaciones: Lo usó hace 3 años. Está caducado y se retira de la bolsa de medicamentos.	Observaciones:	Observaciones:	Observaciones:

Parámetros del paciente

Hoja: /

programa DADER

Medidas antropométricas

Fecha	Talla	Peso	IMC	Per. Abdom	Ind. cint/Cad
17.01.06	1,60 m	66,5 kg	25,97		

Glucemia Capilar

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC

Datos de laboratorio

Fecha	Hb1Ac	Glu-Bas	Col- T	TG	LDLc	HDLc		

Tensión Arterial

Fecha	Hora	PAS	PAD	Fr. Car
17.01.06	10.35	155	95	
17.01.06	10.40	153	96	

5.3. Primer estado de situación

Estado de Situación

programa DADER

Fecha: 17.01.06 Hoja: /

Paciente:

Código Dáder: 3 4 1 8 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4

Género: Mujer | Edad: 50 | IMC: 26 | Alergias: No conocidas

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				I.F.
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta Prescrita	Pauta Usada	N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
20-02-04	Hipertensión arterial*	N	P	20-02-04	Enalapril 20 mg	1-0-0	❖					
15-09-05	Síndrome climatérico*	S	P	15-09-05	Levonorgestrel 75 mcg/ Estradiol 2 mg	0-0-1	0-0-1					
1-10-05	Migraña*	N	B									

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P); Regular (R); Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N); Efectividad (E); Seguridad (S)

FECHA	PARAMETROS	
	PAS media (mmHg)	PAD media (mmHg)
17.01.06	154	95

OBSERVACIONES

La paciente estaba diagnosticada de migraña desde su juventud pero había pasado años sin crisis. No tomaba ningún medicamento para este problema pues según ella los que probó en su día no le aliviaba.

❖ No toma el antihipertensivo a diario (día sí, día no), aunque tampoco define un patrón claro en cuanto a la toma del medicamento. Hoy no ha tomado el medicamento.

5.4. Fase de estudio

El siguiente resumen considera únicamente aquellos aspectos de interés para el análisis y resolución del caso. Es decir, la revisión bibliográfica se ha centrado exclusivamente en aquellos aspectos que van a permitir explicar la evaluación de la farmacoterapia y desarrollar el plan de actuación. No se ha tenido en cuenta toda aquella información, que aunque de interés general, no es de utilidad para este caso.

Como se ha propuesto anteriormente en esta guía, la fase de estudio se realiza estudiando, primero, un problema de salud y, a continuación, los medicamentos relacionados con el mismo.

Hipertensión arterial[80-86]

A. Causas del problema de salud
Causas modificables de elevación de la PA: sobrepeso, obesidad, consumo de sal, consumo de alcohol, sedentarismo, ansiedad, angustia.

B. Control del problema de salud. Objetivo terapéutico (cifras de presión arterial):

- **Población general** mayor de 18 años: <140/90 mmHg
- Pacientes con **diabetes, insuficiencia renal crónica:** <130/80 mmHg
- Pacientes con **enfermedad coronaria o cerebrovascular:** <130/80 mmHg

En pacientes menores de 55 años es deseable el logro de un control óptimo: cifras **menores a 120/80 mmHg**.

C. Factores que pueden intervenir en el control del problema de salud
La evaluación de los pacientes con HTA tiene tres objetivos:

- Asesorar sobre estilos de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) o desordenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y servir como guía del tratamiento.
- Revelar causas identificables de elevación de la PA (sobrepeso, obesidad, consumo de sal, consumo de alcohol, sedentarismo, ansiedad, angustia)
- Aclarar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y ECV.

Determinar el tipo de prevención en que se ubica el paciente, así como valorar los FRCV mayores y modificables permite conocer el RCV global del paciente. Esto es importante para definir los objetivos terapéuticos que pretende el médico y la intensidad del tratamiento que debe recibir el paciente (incluido la necesidad de iniciar los tratamientos farmacológicos).

D. Tratamiento del problema de salud

El tratamiento de la HTA, sea farmacológico o no farmacológico, tiene carácter indefinido:

Las **intervenciones no farmacológicas** que han demostrado ser efectivas en el control de la PA (según la evidencia científica), son:

- Reducción de peso
- Dieta rica en frutas y verdura. Baja en grasas.
- Reducción de la ingesta de sodio
- Actividad física regular aeróbica
- Consumo moderado de alcohol

Tratamiento farmacológico. Cualquier fármaco de los 5 grupos principales (diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARAII) es válido para el inicio del tratamiento. La elección de un determinado tipo de fármaco será individualizada para cada paciente. La individualización se basará en la existencia de trastornos clínicos asociados, de otros factores de riesgo o de enfermedades concomitantes. En pacientes con migraña asociada a HTA, el grupo de fármacos recomendado son los betabloqueantes.

La tasa de respuesta a la monoterapia no suele superar el 50%: la mayoría de los pacientes necesitarán una asociación de fármacos. En muchas ocasiones una adecuada combinación de fármacos a dosis bajas o medias es más eficaz que la monoterapia a dosis altas.

E. Educación para la salud

Los aspectos teóricos de la educación a pacientes con factores de riesgo o con ECV, son: enfermedad cardiovascular y riesgo cardiovascular, factores de riesgo cardiovascular (FRCV mayores, FRCV modificables y no modificables), y hábitos de vida saludable

Enalapril[82, 87-90]

A. Indicación del medicamento y mecanismo de acción

Fármaco inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, indicado para el tratamiento de la HTA, especialmente en pacientes:

- RCV alto, mayores de 55 años, antecedentes de ECV
- Diabéticos con algún FRCV añadido
- Nefropatía diabética
- Prevención secundaria tras IAM (con o sin HTA)

B. Dosis, dosificación y pauta del medicamento
Dosis de mantenimiento: 10-20 mg/día.

C. Objetivo terapéutico del medicamento
Alcanzar cifras de PA por debajo del objetivo establecido para la paciente. Para valorar la efectividad del tratamiento es necesario esperar, aproximadamente un mes desde el inicio (continuado) del tratamiento (es cuando se prevé que debería alcanzar su efecto óptimo).

D. Normas de correcto uso y administración
Se tomará con las comidas o entre ellas junto con un vaso de agua.

E. Educación para la salud sobre el medicamento
Algunos aspectos destacables son:

- La HTA es una enfermedad crónica, que dura para siempre y por tanto el tratamiento no puede ser suspendido en ningún momento, salvo orden médica.
- Si usted toma más enalapril del que debiera, consulte inmediatamente a su médico o farmacéutico. En caso de una sobredosis, el síntoma más probable es una sensación de mareo o vértigo debido a un descenso repentino o excesivo de la tensión arterial.
- Si olvidó tomar enalapril debe continuar tomándolo tal como se le ha prescrito. No tome una dosis doble para compensar las dosis olvidadas.
- El efecto secundario más frecuente de los IECA es la tos. En caso de aparecer, avisar al médico o al farmacéutico.

F. No se ha considerado en la fase de estudio información sobre **efectos adversos** o **aspectos que puedan comprometer la efectividad o la seguridad** del enalapril, ya que no son relevantes para el caso.

Síndrome climatérico[91-95]

A. Definición y concepto del problema de salud
El **climaterio** es un periodo fisiológico en la vida de las mujeres que se encuentra condicionado por los cambios hormonales que en él acontecen, ya que la función ovárica cesa de una manera progresiva y paulatina. Se produce una deficiencia de hormonas sexuales, estrógenos y progestágenos, y la aparición de una serie de síntomas ligados a esa deficiencia hormonal. Estos síntomas son muy variables de unas mujeres a otras y afectan en mayor o menor grado su bienestar físico y psíquico. Es el periodo que algunos autores denominan perimenopausia y abarca, aproximadamente, desde un año antes (cuando comienzan a presentarse cambios hormonales y físicos) hasta otro después de la menopausia.

B. Control del problema de salud. Manifestaciones clínicas.
En el control de este problema de salud se han de tener en cuenta, por un lado, los síntomas asociados, y por otro, las complicaciones que puedan ir apareciendo, por ejemplo la osteoporosis y el riesgo de fractura, o las enfermedades cardiovasculares

Los síntomas vasomotores o sofocos constituyen la manifestación clínica más característica del climaterio. Se definen como una sensación subjetiva de calor que habitualmente se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración que se sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardiaca. Afectan alrededor del 60-80% de las mujeres sobre todo en los 2 primeros años de la menopausia y persisten hasta unos 5 años después en el 25%.

C. Tratamiento del problema de salud
Existen diferentes estrategias terapéuticas en el tratamiento de los síntomas vasomotores:

- Estrategias de prevención y modificación de estilos de vida **(D. Educación para la salud)**. El ejercicio físico, la pérdida de peso y el evitar el consumo de tabaco, podrían ser opciones beneficiosas en la prevención y tratamiento de los síntomas vasomotores. La ingesta de bebidas frías y evitar comidas picantes, café, alcohol y situaciones de calor, podrían aliviar los síntomas vasomotores en algunas mujeres.
- Estrategias farmacológicas hormonales:
  - Los estrógenos con o sin progestágenos son efectivos y continúan siendo apropiados en el tratamiento de los síntomas vasomotores intensos que afecten la calidad de vida (previa valoración del riesgo-beneficio).
  - La progesterona es un tratamiento moderadamente efectivo y podría ser una alternativa para los síntomas vasomotores.
  - El tratamiento con tibolona es efectivo y es una alternativa en el tratamiento de los síntomas vasomotores (previa valoración del riesgo-beneficio).
- Estrategias farmacológicas no hormonales: los fitoestrógenos han demostrado una cierta reducción en la frecuencia e intensidad de los sofocos cuando se compararon con placebo. No obstante, estos efectos son bastante discutidos, e incluso contradictorios entre los estudios publicados. Para otros tratamientos no hormonales, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, clonidina y gabapentina, existe evidencia de eficacia aunque los efectos son menores respecto a los estrógenos.

Levonorgestrel+Estradiol valerato[88-90, 92, 96, 97]

A. Objetivo terapéutico del medicamento
Alivio de los signos y síntomas ocasionados por la deficiencia estrogénica.

B. Normas de correcto uso y administración

Si la paciente todavía presenta aún ciclos menstruales, el tratamiento debe comenzar a lo largo de los cinco primeros días de la menstruación. Las pacientes con períodos muy infrecuentes o las pacientes postmenopáusicas pueden empezar el tratamiento en cualquier momento, siempre que se haya excluido previamente la posibilidad de embarazo.

C. Efectos indeseados

Las pacientes que reciben Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) pueden experimentar bien una disminución o un aumento de los ataques de migraña. Los ataques pueden aumentar inmediatamente después de iniciar la terapia o bien, gradualmente, debido al uso prolongado de productos que contienen estrógeno.

El THS debe suspenderse de inmediato y deben llevarse a cabo los análisis y el tratamiento adecuados, si se diera cualquiera de las siguientes circunstancias, entre otras: Cefalea poco común, intensa y prolongada, perturbaciones repentinas de la visión, el oído u otros trastornos de la percepción, síncope, entumecimiento o debilidad acusados en un lado del cuerpo, u otros signos o síntomas indicativos de accidente vascular cerebral.

Aunque dosis elevadas de estrógenos se han relacionado con un aumento de la presión arterial, el uso de THS para la menopausia en mujeres normotensas tiene poco efecto sobre la presión arterial o puede asociarse a un leve descenso.

THS y ECV. Se conoce que el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico está aumentado en aquellas mujeres con migraña que utilizan terapia hormonal sustitutiva. Este riesgo se puede ver incrementado si concurren otros factores de riesgo: elevada edad, tabaquismo, e hipertensión arterial. En mujeres relativamente sanas, el tratamiento hormonal continuo combinado (estrógenos y progestágenos) aumentó significativamente el riesgo de tromboembolia venosa o eventos coronarios (después de un año de tratamiento), accidente cerebrovascular (después de tres años). El tratamiento hormonal con estrógeno solo a largo plazo también produjo una aumento significativo del riesgo de accidente cerebrovascular. No obstante, la incidencia de efectos secundarios cardiovasculares es probablemente menor con los preparados más nuevos, de dosis menores, que con los antiguos preparados, de dosis mayores.

Migraña[98-100]

A. Definición y concepto del problema de salud

Es la cefalea primaria episódica por excelencia. Supone más del 50% de las consultas por cefalea, aunque su prevalencia es inferior a la de la cefalea tensional. Esto es debido a la mayor intensidad de los episodios de dolor.

B. Principales factores desencadenantes de las crisis de migraña: psicológicos (estrés, periodo postestrés, ansiedad, depresión), hormonales (–Pre– menstruación, ovulación, anovulato-

rios, THS), alimentarios (chocolate, alcohol, quesos, ayuno, comidas ricas en nitritos, glutamato sódico y aspartamo), ambientales (estímulos visuales, olores, cambios atmosféricos, altitud elevada), sueño (exceso y déficit), fármacos (nitroglicerina, reserpina, estrógenos), otros.

C. Control del problema de salud. Objetivo terapéutico
Reducir la frecuencia, severidad y duración de los ataques, mejorar la respuesta del tratamiento en las crisis y reducir la incapacidad del paciente.

D. Factores que pueden intervenir en el control del problema de salud
Migraña en la menopausia. A medida que la menopausia se aproxima, los niveles de estrógeno pueden fluctuar de manera significativa, a menudo repercutiendo en la frecuencia de la migraña. Las mujeres pueden referir un incremento o bien una mejora en la frecuencia de los ataques de migraña; en otras, se puede dar el inicio de aparición de la migraña. En general, la migraña suele decrecer con la menopausia; no obstante algunas mujeres empeoran, particularmente en el climaterio.

E. Tratamiento del problema de salud
El tratamiento de la migraña, abarca 3 apartados: medidas generales, tratamiento preventivo, tratamiento sintomático de las crisis.

Medidas generales. Dentro de las medidas generales (no farmacológicas), se debe intentar conocer, y si es posible eliminar, los factores desencadenantes, particularmente el estrés, y recomendar una vida sana, sueño regular, moderado ejercicio físico y una dieta equilibrada.

Tratamiento sintomático de la migraña. Los triptanes son el tratamiento de elección en caso de crisis de migraña moderada-grave. No se conoce el perfil del paciente ideal para cada triptán; es frecuente que un paciente no tolere o no responda un triptán y que sí responda o tolere perfectamente otro.

Tratamiento preventivo. Pretende reducir la frecuencia e intensidad de las crisis. Está indicado en pacientes con más de 3 crisis al mes, sobre todo si tienen una mala respuesta al tratamiento sintomático o producen efectos secundarios. También está especialmente indicado si se presentan ataques de intensidad grave con limitación muy importante de la vida ordinaria. No existe tratamiento preventivo ideal y su elección se realizará según las características del paciente (edad, sexo, situaciones clínicas asociadas, etc.) y los posibles efectos adversos de cada fármaco.. Las principales opciones del tratamiento preventivo son: beta-bloqueantes (propanolol, nadolol) o flunaricina (antagonista de los canales de calcio).

F. Educación para la salud
Patrón de sueño regular, horario de comida regular, práctica de ejercicio, evitar situaciones de estrés, de relajación excesiva, así como desencadenantes de tipo alimentario. El paciente debe buscar una cierta regularidad en sus hábitos, más que adherirse a una lista prolija de prohibiciones de comidas y actividades.

5.5. Fase de evaluación

En base a lo visto en la fase de estudio se realiza la evaluación de la farmacoterapia, siguiendo la sistemática de identificación de RNM:

Estado de Situación

Fecha: 19.01.06 Hoja: /

programa DÁDER

Paciente:

Código Dáder: 3 4 1 8 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4

Género: Mujer | Edad: 50 | IMC: 26 | Alergias: No conocidas

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				I.F.
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta Prescrita	Pauta Usada	N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
20-02-04	Hipertensión arterial*	N	P	20-02-04	Enalapril 20 mg	1-0-0	❖	S	N	S	INEFECT. CUANT.	
15-09-05	Síndrome climatérico* (síntomas vasomotores)	S	P	15-09-05	Levonorgestrel 75 mcg/ Estradiol 2 mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	INSEG. CUANT.	
1-10-05	Migraña*	N	B							N		

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P); Regular (R); Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N); Efectividad (E); Seguridad (S)

OBSERVACIONES

La paciente estaba diagnosticada de migraña desde su juventud pero había pasado años sin crisis. No tomaba ningún medicamento para este problema pues según ella los que probó en su día no le aliviaba.

❖ No toma el antihipertensivo a diario (día sí, día no), aunque tampoco define un patrón claro en cuanto a la toma del medicamento.

FECHA	PARAMETROS	
	PAS media (mmHg)	PAD media (mmHg)
17.01.06	154	95
19.01.06	156	93

Para describir detalladamente los RNM identificados y el juicio clínico del farmacéutico se cumplimentará la parte posterior del estado de situación:

RNM	Medto. implicado	Clasificación RNM	Causa (PRM)	Observaciones (juicio del farmacéutico)
HTA descontrolada	Enalapril 20mg	Inefectividad cuantitativa	Incumplimiento	Se intentará promover la adhesión al tratamiento con enalapril y se monitorizará la respuesta. En caso de que el enalapril no controle la HTA y persista la migraña tras la retirada de la THS, se intervendrá con el médico para valorar el inicio con betabloqueantes. En este momento, aunque los betabloqueantes son el fármaco de elección para esta paciente, no se intervendrá para recomendar su uso, ya que el problema de la migraña puede aparecer debido a la THS.
Migraña	Estradiol valerato 2 mg	Inseguridad cuantitativa		Aunque la migraña puede darse durante el climaterio (etapa en que se encuentra la paciente), en principio se descarta esta opción. Esto es porque la aparición de este problema de salud también guarda relación con la administración de los estrógenos y es así como lo refiere la paciente. Además, antes de tomar los estrógenos, la migraña no aparecía. Aunque los efectos adversos del estradiol pueden aparecer en relación con la cantidad que se administre, en el caso de esta paciente, es preferible no usarlo de forma continuada. Se enviará un informe al médico advirtiéndole sobre la situación de la paciente, en vistas a que valore la posibilidad de suspender el THS.
(Sospecha de RNM) Elevación del riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso.	Estradiol valerato 2 mg			En principio, el uso a corto plazo de terapia hormonal (principalmente estrógenos) parece ser relativamente seguro en mujeres jóvenes y sanas. En caso de continuar con el tratamiento, este riesgo ha de ser tenido en cuenta (aparecerá en el estado de situación), más aún cuando la paciente es hipertensa.

5.6. Fase de intervención: plan de actuación

5.6.1. Definición y priorización de los objetivos. Intervenciones farmacéuticas: planificación.

Plan de actuación

Fecha: Hoja: /

programa DADER

Nº	Objetivos (Descripción)	Fecha (planteamiento)	Prioridad	Conseguido	Fecha
1	Controlar la HTA	19.01.06	Alta	☐	
2	Monitorizar periódicamente los factores de RCV	19.01.06	Media	☐	
3	Solucionar/ Aliviar las migrañas	19.01.06	Alta	☐	
4	Controlar los "sofocos"	19.01.06	Media	☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: Inicio, control, resultado
Se promoverá la adhesión al tratamiento con Enalapril. Para ello se tratará de asociar la toma del medicamento con algún hábito de la paciente. Además se le ofrecerá información sobre la HTA y el RCV, que será suministrada el mismo día que se quede para comentar el plan de actuación. Finalmente se instruirá para la automedida de la PA. A partir de entonces se le solicitará que acuda periódicamente a la farmacia con datos de su PA	1	Inicio: 20.01.06

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: Inicio, control, resultado
Se promoverá la realización ejercicio a través de actividades cotidianas que actualmente no realiza la paciente. También se realizarán recordatorios 24 horas para identificar malos hábitos alimenticios. En función de la respuesta de la paciente a los cambios que van a producirse inmediatamente, se tratará de pactar con ella la incorporación de nuevos hábitos.	1	Inicio: 27.01.06 apróx.
Se comentará a la paciente (en cuento se pueda) la posibilidad de solicitar una analítica al médico, para observar el perfil lipídico y otras variables de interés (glucemia en ayunas, proteínas en orina, etc). Dentro de aproximadamente un mes, se dirá a la paciente que acuda a su médico y solicite una analítica general.	2	
Se controlará periódicamente el peso para seguir su evolución.Se citará cada 3-6 meses.	2	Inicio: 17.01.06
Se instruirá a la paciente para que conozca aquellas situaciones que puedan desencadenar las crisis migrañosas. Se acordará una cita con la paciente para mantener una charla con ella en la que se aborden estos aspectos. Probablemente, se realizará el día en que se comente el plan de actuación, si no se le citará la semana próxima.	3	
Se remitirá un informe al médico describiendo la situación de la paciente y la información obtendia en la fase de estudio. Tras enviar la carta al médico se estará pendiente de los cambios que pueda introducir. Para ello se citará a la paciente 2 días después de ir al médico. Transcurrido el tiempo necesario se evaluará la efectividad de los cambios producidos.	3 y 4	Inicio: 20.01.06

5.6.2. Informe al médico

FARMACIA Nº
Loja –GRANADA–

FECHA: 20-01-06

Estimado Dr. XXX:

Como usted sabe, la paciente PAR de 50 años, está tomando la siguiente medicación:

- Enalapril 20 mg (1-0-0)
- Levonorgestrel 75mcg/Estradiol 2mg (0-0-1)

Acude a este servicio farmacéutico refiriendo intensos dolores de cabeza incapacitantes durante los últimos meses. Estudiada la medicación y la situación de la paciente, podría ser que dicha situación estuviese relacionada con el estradiol de la terapia hormonal sustitutiva.

Ruego, valore la seguridad del tratamiento hormonal y el beneficio –riesgo de dicho tratamiento.
Quedo a su disposición.

ATENTAMENTE LDA. XXXX.
Nº Colegiada: XX

5.7. Entrevistas sucesivas (resultado de la intervención)

Entrevistas Sucesivas

Fecha: Hoja: /

programa DADER

Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión
20.01.06	HTA, migraña y Síndrome climatérico: Acuerdo del plan de actuación.	La paciente entiende la necesidad de intervenir con el médico para controlar sus dolores de cabeza. Se le entrega el informe para llevar al médico. Se realiza educación sobre HTA y automedida de la PA. Se compromete a iniciar su tratamiento con Enalapril de forma continuada y a monitorizar su PA.	23.01.06 Dos días después de acudir al médico
23.01.06	Migraña y Síndrome climatérico: Cambios en la farmacoterapia	El médico retiró el tratamiento hormonal y prescribió isoflavonas de soja para los sofocos. Además instauró Zolmitriptan 2,5 mg para tratar los episodios agudos de migraña.	30.01.06
05.02.06	HTA: cifras de la automedida de PA. Migraña y Síndorme Climatérico: Evolución de los problemas	La paciente continua cumpliendo con el tratamiento antihipertensivo (ver tabla de parámetros). No tiene "sofocos" y por el momento no han aparecido nuevas crisis de migraña. No se incorporan otras medidas para el control de la PA.	20.02.06

Entrevista Farmacéutica: **Medicamentos** Fecha: 17.01.06 Hoja: /

programa DADER

Medicamento:

Principio Activo: ENALAPRIL 20 MG

P.S. que trata: HTA

Pauta prescrita	1-0-1
Pauta usada	1-0-1 (Cuando se acuerda)

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Refiere que su HTA está controlada

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

No refiere nada extraño relacionado con el medicamento

Fecha inicio	20.02.04
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

No conoce ninguna recomendación acerca de cómo utilizarlo. Se lo toma cuando se acuerda, con el desayuno.

Observaciones

Los días que acuden al médico a retirar las recetas no olvida tomarlo, "por si el médico mide su PA". Hoy (17.01.05) no lo ha tomado.

Medicamento:

Principio Activo: LEVONORGESTREL 75 MCG / ESTRADIOL 2MG

P.S. que trata: "SOFOCOS"

Pauta prescrita	0-0-1
Pauta usada	0-0-1

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Desde que inició el tratamiento han desaparecido las molestias

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Tiene la certeza que ha sido el responsable de que aparezcan las crisis de migraña.

Fecha inicio	15.09.05
Fecha finalización	21.01.05

Forma de uso y administración

No le advirtieron sobre las instrucciones de uso. Cree que lo puede tomar a cualquier hora del día. No sabe que hacer cuando falla alguna toma.

Observaciones

Medicamento:

Principio Activo: ZOLMITRIPTAM 2,5 MG

P.S. que trata: CRISIS DE MIGRAÑA

Pauta prescrita	A demanda (Crisis)
Pauta usada	

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	21.01.05
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Si al tomar la dosis aparece el ataque en menos de 24 h, puede tomar otra dosis 2 horas después de la inicial.

Observaciones

Si no hay respuesta a la primera dosis es improbable que una segunda sea eficaz durante el mismo ataque.(Aún no ha lo ha necesitado)

Entrevista Farmacéutica: Medicamentos

programa DADER

Medicamento: PHYTO SOYA FORTE

Principio Activo: EXTRACTO DE SOJA 117 MG

P.S. que trata: SOFOCOS

Pauta prescrita	1-0-1
Pauta usada	1-0-1

Prescriptor: Médico de cabecera

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	21.01.05
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Tomar después de las comidas

Observaciones

Medicamento:

Principio Activo:

P.S. que trata:

Pauta prescrita	
Pauta usada	

Prescriptor:

Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va?

Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño?

Fecha inicio	
Fecha finalización	

Forma de uso y administración

Observaciones

Medicación anterior

Nombre:
Principio activo: NITROFURANTOINA
¿Para qué? INFECCION DE ORINA
Observaciones:
Lo usó hace 3 años. Está caducado y se retira de la bolsa de medicamentos.

Nombre:
Principio activo:
¿Para qué?
Observaciones:

Nombre:
Principio activo:
¿Para qué?
Observaciones:

Nombre:
Principio activo:
¿Para qué?
Observaciones:

Parámetros del paciente

Hoja: /

programa DADER

Medidas antropométricas

Fecha	Talla	Peso	IMC	Per. Abdom	Ind. cint/Cad
17.01.06	1,60 m	66,5 kg	25,97		

Glucemia Capilar

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC

Datos de laboratorio

Fecha	Hb1Ac	Glu-Bas	Col- T	TG	LDLc	HDLc		

Tensión Arterial

Fecha	Hora	PAS	PAD	Fr. Car
17.01.06	10.35	155	95	
17.01.06	10.40	153	96	
19-01-06	Mañana (media)	156	90	
19-01-06	Tarde (media)	155	96	
30-01-06	Mañana (media)	146	93	
30-01-06	Tarde (media)	145	93	
02-02-06	Mañana (media)	144	90	
02-02-06	Tarde (media)	144	90	

5.7.1. Nuevos estados de situación generados en el SFT

Estado de Situación

programa DADER

Paciente: Código Dáder: 3 4 1 8 0 0 1 1 9 0 1 0 0 0 0 4 Fecha: 05.02.06 Hoja: /

Género: Mujer | Edad: 50 | IMC: 26 | Alergias: No conocidas

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				I.F.
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta Prescrita	Pauta Usada	N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
20-02-04	Hipertensión arterial*	?	P	20-02-04	Enalapril 20 mg	1-0-0	1-0-0					
15-09-05	Síntomas vasomotores: sofocos*	S	P	21-01-06	Extracto de Soja 117mg	1-0-1	1-0-1					
1-10-05	Migraña*	?	B	21-01-06	Zolmitriptan 2,5mg	A demanda	A demanda					

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P); Regular (R); Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N); Efectividad (E); Seguridad (S)

FECHA	PARAMETROS		
		PAS media (mmHg)	PAD media (mmHg)
30.01.06	Mañana	146	93
30.01.06	Tarde	145	93
02.02.06	Mañana	144	90
02.02.06	Tarde	144	90

OBSERVACIONES

La paciente continúa cumpliendo con el tratamiento antihipertensivo.
No tiene "sofocos" y por el momento no han aparecido nuevas crisis de migraña.
No se incorporan nuevas medidas para el control de la PA.

5.7.2. Nueva fase de estudio.

Isoflavonas de soja[101-103]

A. Acción farmacológica
Isómeros de los flavonoides provenientes de la soja que actúan como agonistas estrogénicos a nivel del Sistema Nervioso Central, sobre el centro termorregulador hipotalámico.

B. Indicación
Tratamiento de los sofocos que aparecen durante la menopausia como consecuencia de la deprivación estrogénica.

Las isoflavonas de soja no son un sustituto de un tratamiento estrogénico. No corrige la hipoestrogenia menopáusica.

C. Objetivo terapéutico
Disminución de la frecuencia e intensidad de los sofocos. También se ha observado mejoría de la sintomatología climatérica (insomnio, nerviosismo...) como consecuencia de la mejoría de los sofocos.

Los resultados de los ensayos clínicos realizados con isoflavonas de soja durante 4 meses indican que un 80% de las mujeres tratadas respondieron al tratamiento. De ellas, un 71,23% empezaron a notar mejoría en los dos primeros meses de tratamiento. En base a los ensayos clínicos, donde se ha observado una mayor eficacia después de 2 a 4 meses de terapia, se recomienda un tratamiento de por lo menos 2 meses. Si los síntomas desaparecen después de este tiempo, debería terminarse la terapia. Si sólo se ha conseguido una mejoría de los síntomas se deberá continuar el tratamiento durante otros 2 meses. Después de este periodo de tiempo, el médico evaluará si se debe continuar con el tratamiento.

D. Dosis, dosificación y pauta
Se debe tomar 1 cápsula por la mañana y otra por la noche. Según la intensidad de los síntomas, se puede aumentar la dosis a 2 cápsulas mañana y 2 por la noche.

E. Normas de correcto uso y administración
Es recomendable que se tome con las comidas. Si se olvida tomar una dosis, y con el fin de mantener los niveles de isoflavonas en sangre, es conveniente que el paciente se tome el medicamento en cuanto lo recuerde, aunque no serviría de nada el que se tomara dos dosis juntas.

F. Efectos indeseados
Existe ausencia de información y no se han documentado efectos indeseados significa-

tivos en la literatura científica. Por tanto, en caso de observarse la aparición de cualquier efecto indeseado debe ser notificada al sistema de farmacovigilancia.

G. Educación para la salud
Los efectos no son inmediatos, pueden comenzar a manifestarse a partir de las 2 primeras semanas de tratamiento. La duración máxima recomendada del tratamiento es de 4 meses. Para un segundo tratamiento se debe consultar al médico. Se debe informar al médico o farmacéutico si está tomando o ha tomado recientemente antibióticos, ya que pueden disminuir la acción del medicamento.

Zolmitriptán 2,5mg[88-90, 103-105]

A. Acción farmacológica
Es un fármaco de estructura similar a la serotonina, con acción agonista selectiva sobre receptores de serotonina 5-HT1 neuronales, principalmente los subtipos D y B.

La estimulación de estos receptores origina dos acciones que son las responsables del su efecto terapéutico: mejoría del ataque agudo de migraña.

- Acción sobre el tono vascular craneal: se produce vasoconstricción de los vasos sanguíneos craneales dilatados durante un ataque agudo de migraña, sin afectar de forma relevante a la presión arterial sistémica.
- Acción antiinflamatoria sobre el árbol vascular dependiente del trigémino: se inhibe la extravasación de proteínas plasmáticas de los vasos sanguíneos de las terminaciones nerviosas del trigémino, y en consecuencia, disminuye el proceso inflamatorio subyacente.

B. Indicación del medicamento
Tratamiento agudo de la cefalea migrañosa con o sin aura. No está indicado en la profilaxis de la migraña.

C. Objetivo terapéutico
Controlar la crisis de cefalea migrañosa.

D. Dosis, dosificación y pauta
La dosis recomendada para tratar una crisis de migraña es 2,5 mg. Si los síntomas de la migraña recurrieran durante las 24 horas que siguen a la toma del fármaco, se puede administrar una segunda dosis; no obstante, si esta segunda dosis es requerida, no se deberá tomar hasta 2 horas después de la inicial. Si un paciente no responde a la primera dosis, es improbable que la segunda le proporcione beneficio durante la misma crisis.

Si un paciente no obtiene una mejoría satisfactoria con dosis de 2,5 mg, se podrían considerar dosis de 5 mg de zolmitriptán para crisis posteriores.

La dosis diaria total no deberá superar los 10 mg, no debiéndose tomar más de 2 dosis de zolmitriptán en un periodo de 24 horas.

E. Normas de correcto uso y administración

Se aconseja que el tratamiento comience lo antes posible tras el inicio de la cefalea migrañosa, aunque se puede administrar si ha iniciado la crisis.

Zolmitriptán será tomado durante la fase de cefalea de la migraña, ya que, si se administra durante el aura, no ha demostrado que prevenga la cefalea migrañosa.

F. Efectos indeseados

Como ocurre con otros tratamientos agudos de la migraña, se ha informado de cefalea crónica diaria/exacerbación de la cefalea con un uso excesivo de zolmitriptán, lo que podría hacer necesaria la interrupción del tratamiento.

Los posibles efectos secundarios son habitualmente transitorios, tienden a presentarse en el plazo de 4 horas tras la administración, no son más frecuentes después de dosis repetidas y se resuelven espontáneamente sin tratamiento adicional.

G. Aspectos que pueden comprometer la efectividad y seguridad del medicamento

El zolmitriptán está contraindicado en pacientes con hipertensión moderada o grave e hipertensión leve no controlada. Como con otros agonistas 5HT1B/1D, se han comunicado aumentos transitorios en la presión arterial sistémica en pacientes con y sin historia de hipertensión. No obstante, muy raramente, estos aumentos en la presión arterial se han asociado con acontecimientos clínicos significativos.

El zolmitriptán no deberá ser administrado a pacientes con factores de riesgo de cardiopatía isquémica (por ejemplo tabaquismo, hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, hereditarios) sin evaluación cardiovascular previa.

H. Educación para la salud

Se recomienda precaución en pacientes que lleven a cabo actividades que requieran de ciertas habilidades (por ejemplo, conducción de vehículos o utilización de maquinaria), ya que puede producir somnolencia y otros síntomas que comprometen el estado de consciencia.

5.7.3. Nuevas entrevistas con el paciente y nuevos estados de situación: evaluación de las intervenciones.

Tras los cambios producidos en la farmacoterapia, se continúa con el plan de actuación establecido previamente, sin incorporar nuevas intervenciones. Al transcurrir el tiempo necesario, se evalúa, nuevamente, la farmacoterapia.

Entrevistas Sucesivas — Fecha: — Hoja: / — programa DADER

Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión
20.01.06	HTA, migraña y Síndrome climatérico: Acuerdo del plan de actuación.	La paciente entiende la necesidad de intervenir con el médico para controlar sus dolores de cabeza. Se le entrega el informe para llevar al médico. Se realiza educación sobre HTA y automedida de la PA. Se compromete a iniciar su tratamiento con Enalapril de forma continuada y a monitorizar su PA.	23.01.06 Dos días después de acudir al médico
23.01.06	Migraña y Síndrome climatérico: Cambios en la farmacoterapia	El médico retiró el tratamiento hormonal y prescribió isoflavonas de soja para los sofocos. Además instauró Zolmitriptán 2,5 mg para tratar los episodios agudos de migraña.	30.01.06
05.02.06	HTA: cifras de la automedida de PA. Migraña y Síndorme Climatérico: Evolución de los problemas	La paciente continua cumpliendo con el tratamiento antihipertensivo (ver tabla de parámetros). No tiene "sofocos" y por el momento no han aparecido nuevas crisis de migraña. No se incorporan otras medidas para el control de la PA.	20.02.06
20.02.06	HTA: Automedida de la PA y remisión al médico	El paciente aporta nuevas cifras de PA. Se redacta un informe al médico para que tenga constancia de la evolución del paciente. Esperamos su valoración sobre los PS del paciente.	15.03.06
19.03.06	HTA: Automedida de la PA. Migraña y Sofocos: Evolución de los PS. RCV: Análisis de laboratorio.	Después de 2 meses, las crisis migrañosas han disminuido en frecuencia e intensidad hasta desaparecer (21.02.06: padeció una crisis leve que se solventó con zolmitriptan). En su última visita al médico (23.02.06), éste le mantiene el zolmitriptán para las crisis. Se solicita una analítica que se realiza el 25.02.06	10.04.06

Parámetros del paciente

Hoja: /

programa DADER

Medidas antropométricas

Fecha	Talla	Peso	IMC	Per. Abdom	Ind. cint/Cad
17.01.06	1,60 m	66,5 kg	25,97		
18.03.06	1,60 m	66,0 kg	25,78		

Glucemia Capilar

Fecha	AD	DD	AA	DA	AC	DC

Datos de laboratorio

Fecha	Hb1Ac	Glu-Bas	Col- T	TG	LDLc	HDLc		
25.02.06	5.6	89	190	125	90	55		

Tensión Arterial

Fecha	Hora	PAS	PAD	Fr. Car
17.01.06	10.35	155	95	
17.01.06	10.40	153	96	
19-01-06	Mañana (media)	156	90	
19-01-06	Tarde (media)	155	96	
30-01-06	Mañana (media)	146	93	
30-01-06	Tarde (media)	145	93	
02-02-06	Mañana (media)	144	90	
02-02-06	Tarde (media)	144	90	
15-02-06	Mañana (media)	138	85	
15-02-06	Tarde (media)	136	87	
17-02-06	Mañana (media)	135	85	
17-02-06	Tarde (media)	136	87	
15-03-06	Mañana (media)	138	85	
15-03-06	Tarde (media)	136	82	

Estado de Situación

Fecha: 19.03.06 **Hoja:** /

programa DADER

Paciente:

Código Dáder: 3 4 1 8 | 0 0 1 1 9 | 0 1 | 0 0 0 0 4

Género: Mujer	**Edad:** 50	**IMC:** 26	**Alergias:** No conocidas

Problemas de Salud				Medicamentos				Evaluación				I.F.
Inicio	Problema de salud	Controlado	Preocupa	Desde	Medicamento (principio activo)	Pauta		N	E	S	Clasif. RNM	Fecha inicio
						Prescrita	Usada					
20-02-04	Hipertensión arterial*	?	P	20-02-04	Enalapril 20 mg	1-0-0	1-0-0	S	S	S		
15-09-05	Síntomas vasomotores: sofocos*	S	P	15-09-05	Estracto de Soja 117mg	1-0-1	1-0-1	S	S	S		

* Diagnóstico Médico Documentado Preocupa: Poco (P); Regular (R); Bastante (B) Evaluación: Necesidad (N); Efectividad (E); Seguridad (S)

OBSERVACIONES

Las crisis de migraña han desaparecido dos meses después de retirar la THS. Mantiene el zolmitriptán si aparecen nuevas crisis. La paciente continúa cumpliendo con su tratamiento antihipertensivo. No refiere síntomas vasomotores.

Fecha	Hb1Ac	Glu-Bas	Col- T	TG	LDLc	HDLc
25.02.06	5.6	89	190	125	90	55

FECHA	PARAMETROS		
		PAS media (mmHg)	PAD media (mmHg)
15-02-06	Mañana	138	85
15-02-06	Tarde	136	87
17-02-06	Mañana	135	85
17-02-06	Tarde	136	87
15-03-06	Mañana	138	85
15-03-06	Tarde	136	82

5.7.4. Fase de intervención: nuevas consideraciones en el plan de actuación.

Plan de actuación

Fecha: Hoja: /

programa DADER

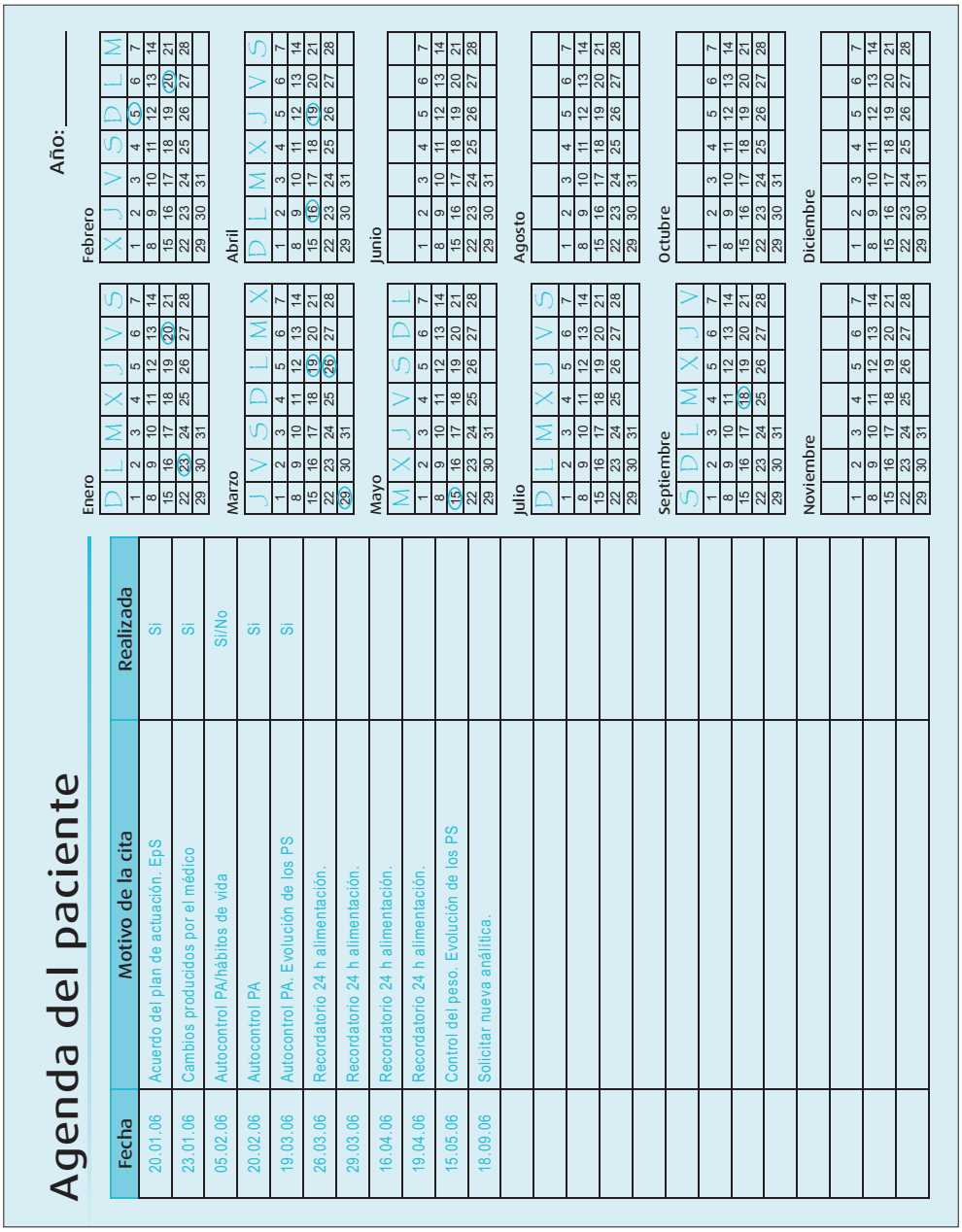
Nº	Objetivos (Descripción)	Fecha (planteamiento)	Prioridad	Conseguido	Fecha
1	Controlar la HTA	19.01.06	Alta	☑	20.02.06
2	Monitorizar periódicamente los factores de RCV	19.01.06	Media	☐	
3	Solucionar/ Aliviar las migrañas	19.01.06	Alta	☑	18.03.06
4	Controlar los "sofocos"	19.01.06	Media	☑	18.03.06
5	Preservar el control de la PA	20.02.06	Media	☐	
				☐	
				☐	
				☐	
				☐	

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: Inicio, control, resultado
Se promoverá la adhesión al tratamiento con Enalapril. Para ello se tratará de asociar la toma del medicamento con algún hábito de la paciente. Además se le ofrecerá información sobre la HTA y el RCV, que será suministrada el mismo día que se quede para comentar el plan de actuación. Finalmente se instruirá para la automedida de la PA. A partir de entonces se le solicitará que acuda periódicamente a la farmacia con datos de su PA	1	Inicio: 20.01.06 Control: 05.02.06 Resultado: 20.02.06 Control: 19.03.06

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	**Objetivo relacionado (Nº)**	**Fecha: Inicio, control, resultado**
~~Se promoverá la realización ejercicio a través de actividades cotidianas que actualmente no realiza la paciente. También se realizarán recordatorios 24 horas para identificar malos hábitos alimenticios.~~ ~~En función de la respuesta de la paciente a los cambios que van a producirse inmediatamente, se tratará de pactar con ella la incorporación de nuevos hábitos.~~	1	~~Inicio: 27.01.06~~ ~~apróx.~~
Se comentará a la paciente (en cuento se pueda) la posibilidad de solicitar una analítica al médico, para observar el perfil lipídico y otras variables de interés (glucemia en ayunas, proteínas en orina, etc). Dentro de aproximadamente un mes, se dirá a la paciente que acuda a su médico y solicite una analítica general.	2	Resultado: 25.02.06
Se controlará periódicamente el peso para seguir su evolución.Se citará cada 3-6 meses.	2	Inicio: 17.01.06 Control: 18.03.06
Se instruirá a la paciente para que conozca aquellas situaciones que puedan desencadenar las crisis migrañosas. Se acordará una cita con la paciente para mantener una charla con ella en la que se aborden estos aspectos. Probablemente, se realizará el día en que se comente el plan de actuación, si no se le citará la semana próxima.	3	
Se remitirá un informe al médico describiendo la situación de la paciente y la información obtendia en la fase de estudio. Tras enviar la carta al médico se estará pendiente de los cambios que pueda introducir. Para ello se citará a la paciente 2 días después de ir al médico. Transcurrido el tiempo necesario se evaluará la efectividad de los cambios producidos.	3 y 4	Inicio: 20.01.06 Control: 23.01.06 Control: 05.02.06 Resultado: 19.03.06
Se iniciará la propuesta formulada para identificar malos hábitos alimienticios. Se citará a la paciente para preguntarle que ha comido el día anterior. Se realizará un lunes y un jueves de la misma semana. Se repetirá mensualmente.	2 y 5	Inicio: 26.03.06

5.7.5. Agenda del paciente

Durante el tiempo de seguimiento transcurrido, la agenda del paciente ha permitido ir registrado las citas que se han tenido con el paciente, así como otras que acontecerán en un futuro.



Agenda del paciente

Fecha	Motivo de la cita	Realizada
20.01.06	Acuerdo del plan de actuación. EpS	Si
23.01.06	Cambios producidos por el médico	Si
05.02.06	Autocontrol PA/hábitos de vida	Si/No
20.02.06	Autocontrol PA	Si
19.03.06	Autocontrol PA. Evolución de los PS	Si
26.03.06	Recordatorio 24 h alimentación.	
29.03.06	Recordatorio 24 h alimentación.	
16.04.06	Recordatorio 24 h alimentación.	
19.04.06	Recordatorio 24 h alimentación.	
15.05.06	Control del peso. Evolución de los PS	
18.09.06	Solicitar nueva analítica.	

Año: _____

Enero

D	L	M	X	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Febrero

X	J	V	S	D	L	M
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Marzo

J	V	S	D	L	M	X
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Abril

D	L	M	X	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Mayo

M	X	J	V	S	D	L
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junio

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Julio

D	L	M	X	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Agosto

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Septiembre

S	D	L	M	X	J	V
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Octubre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Noviembre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Diciembre

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

5.7.6. Registro de las intervenciones farmacéuticas

Para recoger, a modo de resumen, la información sobre las intervenciones farmacéuticas realizadas, tanto para resolver o prevenir un RNM (manifestados y sospechas de RNM) como para preservar los resultados positivos alcanzados en el paciente, se han de cumplimentar las **hojas de intervención farmacéutica**.

Estas hojas de intervención farmacéutica han de **remitirse al Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico**, donde se almacenará la información para su posterior análisis por los responsables y coordinadores de dicho programa.

A modo de ejemplo se muestra como se habría de cumplimentar la hoja de intervención farmacéutica para el RNM: descontrol de la PA.

Hoja de intervención

Resultados Negativos asociados a la Medicación

programa DADER

Identificación

Fecha: 19.01.06

RNM: Elevación de la Presión arterial

Clasificación RNM (Marcar uno)	
	Problema de Salud no tratado
	Efecto de medicamento innecesario
X	Inefectividad no cuantitativa
	Inefectividad cuantitativa
	Inseguridad no cuantitativa
	Inseguridad cuantitativa

Situación del PS (Marcar uno)	
X	Problema manifestado
	Riesgo de aparición

Medición inicial:
154/95 mmHg
156/90 mmHg

Medicamento (s) implicado (s)	
Código	Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica
	ENALAPRIL 20 mg. Comprimidos Orales

Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas)	
	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
X	Incumplimiento
	Interacciones
	Otros problemas de salud que afectan al tratamiento
	Probabilidad de efectos adversos
	Problema de salud insuficientemente tratado
	Otros

Descripción:
La paciente olvida con frecuencia tomar el Enalapril. No define un patrón claro de las tomas.

Acción

Fecha: 21.01.06

Objetivo: PA < 140/90 mmHg

Que se pretende hacer para resolver el problema		
Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos	Modificar la dosis	
	Modificar la dosificación	
	Modificar la pauta (redistribución de la cantidad)	
Intervenir sobre la estrategia farmacológica	Añadir un medicamento	
	Retirar un medicamento	
	Sustituir un medicamento	
Intervenir sobre la educación del paciente	Forma de uso y administración del medicamento	
	Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente)	X
	Educar en medidas no farmacológicas	X
	No esta clara	

Descripción:
Se ofreció a la paciente información sobre la HTA y el RCV. Se asoció la toma del medicamento a algún hábito de vida de la paciente. Se instruyó para la automedida de la PA.

Vía de comunicación			
	Verbal con el paciente	X	Escrita con el paciente
	Verbal paciente-médico		Escrita paciente-médico

Resultado

¿Qué ocurrió con la intervención? **Fecha:** 05.02.06

La paciente comienza a cumplir con el tratamiento. Cada 15 días acude a la farmacia a traer los datos de PA medidos en su domicilio.

¿Qué ocurrió con el problema de salud? **Fecha:** 20.02.06

Después de un mes las cifras de PA se normalizaron, alcanzándose el objetivo terapéutico.

Resultado	RNM resuelto	RNM no resuelto
Intervención Aceptada	X	
Intercención no aceptada		

Medición final:
135/85 mmHg
136/87 mmHg

6. Bibliografía

1 Lazarou J, Pomeranz b, Corey P. Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalised Patiens. A meta-analysis of Prospective Studies. JAMA 1998; 279 (15): 1200-1205.

2 Ernst FR, Grizzle AJ. Drug related morbidity and mortality. Updating the cost of illness model. J Am Pharm Assoc 2001; 41 (2): 192-199

3 Climente C, Quintana V, Martínez G, et al. Prevalencia y Características de la Morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. Aten Farm 2001; 3(1) 9-22.

4 Baena MI. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Madrid: Ergon; 2004.

5 Howard RL, Avery AJ, Howard PD, Partridge M. Investigation into the reasons for presentable drug related admissions to a medical admissionsunit: observational study. Qual Saf Health Care. 2003;12:280-5.

6 Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 2006; 178: 28122- 28165.

7 Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: MSC; 2001.

8 Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). Ars Pharm 2007; 48 (1): 5-17.

9 Cipolle R. Strand L. Morley P. Pharmaceutical Care Practice. The Clinician's Guide. New York: McGraw-Hill; 2004.

10 Cornelli R, Kradjan W, Koda-Kimble MA, Young L, Guglielmo BJ, Alldredge B. Assessment of Therapy and Pharmaceutical Care. En: Applied therapeutics. The clinical use of drugs. 8th ed. Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins; 2005;1-22.

11 American Society of Health System Pharmacists ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 1996; 53: 1713-16.

12 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Método Dáder para el Seguimiento Farmacoterapéutico. Ars Pharm. 2005; 46 (3): 309-337.

13 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002; 274: 40126-40132.

14 Comentario de Experto Legal. Sánchez-Caro J, Abellán F. Atención Farmacéutica y Responsabilidad Profesional. Granada: Editorial Comares SL; 2004

15 Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 1999; 298: 43088-43099.

16 Real Decreto 994/1999, de 11 de Junio, Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. BOE 1999; 151: 24241- 24245.

17 Grupo de Consenso. Documento de Consenso en Atención Farmacéutica. Ars Pharmaceutica 2001; 42 (3-4): 223-243.

18 Consejo de Ministros de Europa. Resolución relativa el papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. ResAP. N.º 2001/2 (21 de marzo de 2001).
Disponible en: http://cm.coe.int/ta/res/resAP/2001/ 2001xp2.htm

19 Guerrero RM, Tyler SM, Nickman NA. Documenting the provision of pharmaceutical care. Top Hosp Pharm Manage. 1992; 11(4):16-29.

20 Brock KA, Casper KA, Green TR, Pedersen CA. Documentation of patient care services in a community pharmacy setting. J Am Pharm Assoc (Wash DC) 2006;46(3):378- 84.
21 Costa FA, Foppe Van Mil JW, Duggan CA, Mata PL, Caramona M. Evaluación de formas de documentación para atención farmacéutica a pacientes con asma. Seguim Farmacoter 2004; 2(3): 153-171.
22 Faus MJ. DaderWeb: aplicación de nuevas tecnologías al seguimiento farmacoterapéutico. SAFH 2007; 3(1): 40-42.
23 Colorado Díaz-Caneja G, Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. DADERWeb: Un sistema para la realización, gestión y evaluación del Seguimiento Farmacoterapéutico. Informe Preliminar. [Documento Interno]. Granada: GIAF-UGR; 2007
24 Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. Drug Intell Clin Pharm 1990; 24(11): 1093-7.
25 Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos. Pharmaceutical Care 1999; 1(2): 107-112
26 Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica 2002; 43(3-4): 175-184.
27 WONCA Classification Committee. An international glossary for general/family practice. Fam Pract 1995; 12(3): 341-369.
28 Badía X, Bigorra J. La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. Xavier Badía Llanch (Ed.). Barcelona: Edimac, 2000.
29 Kozma CM, Reeder CE, Schulz RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. Clin Ther 1993; 15(6): 1121-1132.
30 Fernández-Llimos, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martinez Martinez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. Seguim Farmacoter 2005; 3(4): 167-188.
31 Schaefer M. Discussing basic principles for a coding system of drug-related problems: the case of PI-Doc. Pharm World Sci 2002;24(4):120-7.
32 American Society of Health-System Pharmacist. ASPH guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. Am J Health-Syst Pharm 1996; 53: 1713-16.
33 Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice. New York; McGraw-Hill; 1998.
34 Van Mil JWF, Westerlund LOT, Hersberger KE, Schaefer MA. Drug-related problem classification systems. Ann Pharmacother 2004; 38: 859-67.
35 Abu Ruz SM, Bulatova NR, Yousef AM. Validation of comprehensive classification tool for treatment-related problems. Pharm World Sci 2006; 28: 222-232.
36 Alegre del Rey E, Martinez Rodriguez L, Tejedor de la Asuncion I, Rabadan Asensio A. Pharmacy attention to prescriptions in order to bring practice into line with scientific evidence. Aten Primaria 2001; 27: 663-6.
37 Fernandez-Llimos F, Faus MJ. From "drug-related problems" to "negative clinical outcomes". Am J Health Syst Pharm 2005; 62(22): 2348-50.
38 Foro de Atención Farmacéutica. PRM y RNM: conceptos. Farmacéuticos 2006; 315: 28-29.
39 Fajardo P, Baena MI, Alcaide J, Martinez Olmos J, Faus MJ, Martinez-Martinez F. Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 158-64.
40 Silva-Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del Método Dáder. Seguim Farmacoter 2003; 1(2): 73-81.

41 Machuca M, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico: Método Dáder. Granada: GIAF-UGR; 2003.
42 Faus MJ, Martínez F, Fernández-Llimós F. Programa Dáder de implantación del Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Granada: GIAF-UGR; 2000.
43 Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión: 2005). Pharmacy Practice 2006; 4(1): 44-53.
44 Armando P, Semeria N, Tenllado M, Sola N. Seguimiento farmacoterapeutico de pacientes en farmacias comunitarias. Aten Prim. 2005; 36(3): 129-34.
45 Salcedo J, Agudelo N, Baena MI. Seguimiento farmacoterapéutico durante la hospitalización a pacientes transplantados en la fundación clínica Valle del Lili (Cali–Colombia). Seguim Farmacoter 2004; 2(1): 12-8.
46 Gutiérrez-Godinez J, Torres-Jácome J, Herrera EV, Albarado A, Poce D, López-López JG. Seguimiento farmacoterapéutico de antiparasitarios para pacientes pediátricos de Santa Maria Acuexcomac-México. Seguim Farmacoter 2005; 3(3): 150-153.
47 Costa S, Santos C, Madeira A, Santos MR, Santos R. Uso de dos diferentes clasificaciones de problemas relacionados con medicamentos en farmacias comunitarias – La experiencia portuguesa Seguim Farmacoter 2004; 2(4): 267-285.
48 Barris D, Faus MJ. Iniciación a la metodología Dáder de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria. Ars Pharm 2003; 44(3): 225-237.
49 Fontana Raspanti D, Solá Uthurry N. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos hospitalizados: adaptación de la metodología Dáder. Farm Hosp (Madrid) 2003; 27: 78-83.
50 Bicas Rocha K, Campos Vieira N, Calleja MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. Seguim Farmacoter 2003; 1(2):49-57.
51 Amariles P, Giraldo N. Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes y problemas relacionados con la utilización de medicamentos en el contexto de Colombia. Seguim Farmacoter 2003;1(3):99-104.
52 Silva Castro MM, Calleja Hernández MA, Tuneu i Valls L, Fuentes Caparrós B, Gutiérrez Sainz J, Faus Dáder MJ. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes ingresados en un servicio de cirugía. Farm Hosp 2004; 28(3):154-69.
53 Campos Vieira N, Bicas Rocha K, Calleja Hernández MA, Faus MJ. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Margarita. Farm Hosp (Madrid) 2004; 28(4):251-57.
54 Calderón Herranz B, Calleja Hernández MA, Faus MJ. Detección de problemas relacionados con los medicamentos del paciente de la unidad de observación del área de urgencias. Rev OFIL 2005; 15(2):39-47
55 Caelles N, Ibañez J, Machuca M, Martínez F, Faus MJ. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. Pharm Care Esp 2002; 4(1): 55-59.
56 Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ 1991; 30 (303):1385-7.
57 Valverde I, Silva-Castro MM. La Entrevista Farmacéutica. En: Curso Básico de Atención Farmacéutica On-Line. Correo Farmacéutico. Granada: GIAF-UGR; 2006 Disponible en: www.correofarmaceutico.com/cursoaf
58 Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1994.
59 Remington. Ciencia y Práctica de la Farmacia 20ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2003.

60 Connor A, Roston A, Fiset V, Teotroe J, Entwinsde V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M, Jones J. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions; systematic review. BMJ 1999; 319:731-34.
61 Aguas Y, De Miguel E, Suárez de Venegas C. Modelo para presentación de casos adaptado a la metodología Dáder. Pharm Care Esp 2002;4(1):60-3.
62 Correr CJ, Melchiors AC, Rossignoli P, Fernandez-Llimos F. Aplicabilidad del estado de situación en el cálculo de complejidad de la medicación en pacientes diabéticos. Seguim Farmacoter 2005; 3(2): 103-11.
63 National Institute for Clinical Excelence (NICE): Guideline Development Methods. Chapter 6: Identifying the evidence. Information for National Collaborating Centers and Guideline Developers [Internet]. London: NICE; February 2004 (Actualizado_Marzo 2005) [acceso 2005 Marzo 24]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/GDM_Chapter6.pdf
64 Sabater Hernández D, Amariles P. Educación Sanitaria. En: Curso Básico de Atención Farmacéutica. Granada: GIAF-UGR; 2006. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/formacion/
65 Silva-Castro MM, Sáez-Benito Suescun L, Faus MJ. Contexto Sanitario de la Educación para la Salud. En: Fundamentos de Educación para la Salud. Módulo I. Master en Educación para la Salud. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL; 2007
66 BMJ Publishing Group. Centro Cochrane Iberoamericano, LEGIS. Evidencia Clínica. Bogotá: LEGIS S.A; 2007 Disponible en: http://www.evidenciaclinica.com/Homepage.asp
67 Fernández-Llimós F, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Tuneu L, Martínez Martínez F. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. Seguim Farmacoter 2004; 2(3): 195-205.
68 Sabater D, Fernández-Llimós F, Parras M, Faus MJ. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. Seguim Farmacoter 2005; 3 (2): 90-97.
69 Wiederholt JB, Wiederholt PA. The patient: our teacher and friend. Am J Pharm Educ 1997; 61; 415-423.
70 Tuneu L, Silva-Castro MM. El paciente como centro de la práctica asistencial. En: Silva-Castro MM, Calleja MA, Tuneu L, Faus MJ, ed. Seguimiento Farmacoterapéutico en pacientes hospitalarios. Método Dáder. Granada: Fundación Virgen de las Nieves; 2007
71 Lee SJ, Back AL, Block SD, Steward SK. Enhancing Physician-Patient Communication [Review]. Haematology (Am Soc Hematol Educ Program). 2002; 464-83.
72 Mullen PD, Simona-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three groups of preventive health behaviours. Patient Education and Counselling 1997; 32:157-73.
73 Fortin JA, Hirota LK, Bond BE, O'Connor AM, Nananda F. Identifying patient preferences for communication risks estimates: a descriptive pilot study. BMC Medical Informatics and Decision making 2001:1:2.
74 Sáez-Benito Suescun L, Silva-Castro MM, Faus MJ. Aspectos básicos de la Educación para la Salud. Capítulo 2. En: Fundamentos de Educación para la Salud. Módulo I. Master en Educación para la Salud. Universidad de Valencia. Valencia: Alfa Delta SL; 2007.
75 Machuca M, Martínez Romero F, Faus MJ. Informe farmacéutico-médico según la metodología Dáder para el seguimiento del tratamiento farmacológico. Pharm Care Esp 2000; 2: 358-363.
76 Baena MI, Martínez-Olmos J, Faus MJ, Fajardo P. El seguimiento farmacoterapéutico: un componente de la calidad en la atención al paciente. Ars Pharm 2005; 46 (3): 213-232.
77 Faus MJ. El Programa Dáder. Pharm Care Esp 2000; 2(2): 73-74.

78 Martínez F, Fernández-Llimós, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de seguimiento del tratamiento farmacológico. Resultados de la fase piloto. Ars Pharmaceutica 2001; 42(1): 53-65.
79 Silva-Castro MM, Amariles P, Sabater Hernández D, Parras M, Ferrer I, Faus MJ. Casos prácticos de seguimiento farmacoterapéutico. 1ª ed. Granada: GIAF-UGR; 2006.
80 Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Prevención Cardiovascular. 2 ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2003; Disponible en: http://www.papps.org/publicaciones/cardio.pdf
81 Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao RR, Conthe P et al. Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Aten Primaria 2004; 34: 427-32
82 Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. SEH-LELHA 2005. Disponible en: http://www.seh-lelha.org/guiahta05.htm.
83 National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003;289:2560-2572.
84 Bertomeu V, Dalfó A, Esmatjes E, Guillén F, Guerrero L, Llisterri JL, et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español 2006. Madrid: Sociedad Española de Diabetes; 2006. Disponible en: http://www.sediabetes.org/documentos/noticias/50 archivo.pdf
85 Amariles P, Machuca M, Sabater Hernández D. Guía de actuación farmacéutica en Prevención Cardiovascular. Granada: GIAF-UGR; 2006.
Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIAS.HTM
86 Sabater Hernández D, Amariles P, Corpas JP. Cómo mejorar su salud cardiovascular. Granada: GIAF-UGR; 2006. Disponible en: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIAS.HTM
87 Portalfarma.com [pagina web en Internet]. BOT. Base de datos de medicamentos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. © Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Disponible en: http://www.vademecum.medicom.es/index.cfm
88 Stockley HI. Interacciones farmacológicas. 1ª ed. Barcelona: Pharma Editores SL; 2004.
89 Amariles P, Giraldo NA, Faus MJ. Interacciones medicamentosas: aproximación para establecer y evaluar su relevancia clínica. Med clin 2007; 129 (1): 27-35.
90 Martindale Guía completa de consulta farmacoterapéutica. 1ª ed. En castellano. Barcelona: Pharma Editores SL; 2003.
91 Coutado Méndez A. Menopausia y terapia hormonal. Guías Clínicas 2004; 4 (9). Coruña; Fisterra; 2004. Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/menopausia.asp.
92 Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Disponible en: http://infodoctor.org/rafabravo/guiamenopausia.pdf.
93 Faure ED, Chantre P, Mares P. Effects of a standardized soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. Menopause 2002; 9(5):329-34.
94 Tice JA, Ettinger B, Ensrud K, Wallace R, Blackwell T, Cummings SR. Phytoestrogen supplements for the treatment of hot flashes: the Isoflavone Clover Extract (ICE) Study: a randomized controlled trial. JAMA 2003;290(2):207-14.

95 Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J, et al. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. JAMA 2006; 295(17):2057-71.
96 Farquhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, Lamberts Q, Suckling JA and the Cochrane HT Study Group. Tratamiento hormonal a largo plazo para mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
97 Subdirección General de Medicamentos de Uso Humano. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la terapia hormonal de sustitución. Información de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para el Profesional Sanitario. Madrid, Agemed: 2004. Disponible en: http://www.agemed.es/actividad/alertas/docs/THS_profesional-enero04.pdf
98 Rodríguez P, López I, Sánchez de Enciso M. Migraña. Guías clínicas 5 (33). Coruña: Fisterra; 2005. Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/migrana.asp.
99 Trilla A, Carné X, Rodés J. Manual de terapéutica médica. 1ª ed. Barcelona: Masson SA; 2002.
100 Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. BMJ 1999; 318: 13-8.
101 sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica de Phyto Soya. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaria de Sanidad.Agencia Española del Medicamento. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=63919&formato=pdf&formulario=FICHAS
102 Low Dog T. Menopause: a review of botanical dietary supplements. Am J Med 2005; 118 Suppl 12B:98-108.(Zolmitriptán)
103 Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana. 4ª edición. Barcelona: Masson SA; 2003
104 sinaem.agemed.es [pagina web en Internet]. Ficha Técnica del Zolmitriptán. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaria de Sanidad.Agencia Española del Medicamento. Disponible en: https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaHtml&codigo=61826&fichaCompleta=S
105 Thomson International Healthcare Series. Micromedex DRUGDEX® System. CD-ROM]. Greenwood Village: Thomson Corporate Headquarters; 2005.

ANEXO. LISTADO DE RECURSOS WEB PARA EFECTUAR SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	
1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	1. http://www.nice.org.uk/
2. National Guideline Clearinghouse (NGC)	2. http://www.guideline.gov/
3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (CADTH)	3. http://www.cadth.ca
4. Fisterra	4. http://.www.fisterra.com/
EVIDENCIAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA (Revisiones de investigaciones primarias)	
5. Bandolier.	5. http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/
6. Bandolera.	6. http://www.infodoctor.org/bandolera/
7. Biblioteca Cochrane Plus.	7. http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm
8. NHS centre for reviews and dissemination.	8. http://www.york.ac.uk/inst/crd/
9. Turning Research Into Practice. TRIPDatabase	9. http://www.tripdatabase.com
10. Evidencia Clínica.	10. http://www.evidenciaclinica.com/Homepage.asp
BÚSQUEDA DE ARTÍCULOS (Bases de datos biomédicas)	
11. PUBMED Querie.	11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed
12. Ovid.	12. http://www.ovid.com/
13. Proquest.	13. http://www.proquest.umi.com/pqdweb
14. Embase. Excepta medica.	14. http://www.embase.com
15. Índice bibliográfico español de ciencias de la salud (IBECS).	15. http://scielo.isciii.es:100/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScrip
16. Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	16. http://bvs.isciii.es/E/index.php
17. Índice Médico Español (IME)	17. http://www.csic.es/
18. Medscape	18. http://www.medscape.com/
REVISTAS (Investigaciones primarias)	
19. Journal of American Medical Association (JAMA)	19. http://jama.ama-assn.org/
20. British Medical Journal (BMJ)	20. http://www.bmj.com
21. Archives of Internal Medicine	21. http://archinte.ama-assn.org/
22. New England Journal of Medicine	22. http://content.nejm.org/
23. The Lancet	23. http://www.thelancet.com

24. Atención Primaria	24. http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=27
25. Medicina Clínica	25. http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_info.sobre?pident_revista=2
REVISTAS DE FARMACOTERAPIA	
26. Journal of American Health- System Pharmacists.	26. http://www.ajhp.org/
27. The Annals of Pharmacotherapy.	27. http://www.theannals.com
28. Pharmacotherapy.	28. http://www.pharmacotherapy.org
29. Pharmacy World & Science.	29. http://www.springerlink.com/content/102977/
30. Prescrire	30. http://www.prescrire.org/
31. Pharmaceutical Care España.	31. http://www.pharmaceutical-care.org
32. Pharmacy Practice (antes Seguimiento Farmacoterapéutico).	32. http://www.pharmacypractice.org/
VADEMECUM	
33. Micromedex	33. http://www.micromedex.com
34. Martindale	34. http://www.emartindale.com
35. Base de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos	35. http://www.portalfarma.com/login.asp
36. European Public Assessment Report (EPAR) for authorised medicinal products for human use	36. http://www.emea.europa.eu/htms/human/epar/a.htm
37. EudraPharm	37. http://eudrapharm.eu/eudrapharm/searchAZ.do
38. Medicamentos autorizados en España (Uso Humano) de la Agencia del Española del Medicamento	38. https://sinaem4.agemed.es/consaem
39. Medicamentos autorizados en Portugal (Uso Humano) del Instituto Nacional da Farmacia e do Medicamento	39. http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php
40. IDIS/Web Base de datos de la University of Iowa	40. http://itsnt14.its.uiowa.edu/
41. RxList. The Internet Drug Index	41. http://www.rxlist.com
42. National electronic Library for Medicines (NeLM)	42. http://www.druginfozone.nhs.uk/home/default.aspx
43. Vademécum Internacional España MediMedia-Medicom.	43. http://www.vademecum.medicom.es/
44. Vademécum On-line América Latina	44. http://www.prvademecum.com
45. Medscape Drug Reference	45. http://search.medscape.com/drug-reference-search
46. UK Medicines Information	46. http://www.ukmi.nhs.uk/Med_info/default.asp

BOLETINES DE MEDICAMENTOS	
47. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics	47. http://www.medicalletter.org/html/sample.htm
48. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud	48. http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm
49. Drugs and Therapeutics Bulletin (DTB) del grupo editorial BMJ	49. http://www.dtb.org.uk/idtb/
50. MeReC bulletin del National Prescribing Centre del NHS	50. http://www.npc.co.uk/merec_bulletins.htm
51. Boletín Terapéutico Andaluz.	51. http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublica/web/cadime/cadime_documentos.asp?idSub=378&idSec=303&idCab=303
52. Butlletí Groc.	52. http://www.icf.uab.es/informacion/boletines/bg/asp/bg_e.asp
53. Butlletí d' informació terapèutica del Servei Català de Salut	53. http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/publicacions/spbit.htm
54. Boletín de información terapéutica de Navarra	54. http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/inicio.htm
55. Boletín INFAC. Centro Vasco de Información de Medicamentos CEVIME-MIEZ	55. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/infac_c.html
AGENCIAS Y ORGANISMOS DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS	
56. Food and Drug Administration (FDA)	56. http://www.fda.gov/
57. Agencia Europea del Medicamento (EMEA)	57. http://www.emea.eu.int/
58. Dirección General de Farmacia. Ministerio de Sanidad y Consumo	58. http://www.msc.es/profesionales/farmacia/home.htm
59. Agencia Española del Medicamento (AEM)	59. http://www.agemed.es/
60. Rational Assessment of Drugs and Research (RADAR) del National Prescribing Service Limited	60. http://www.npsradar.org.au/
61. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)	61. http://www.isciii.es/aets/
62. Agencia Evaluación Tecnología de Andalucía (AETSA)	62. http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/
ORGANIZACIONES Y ASOCIACIONES	
63. Organización Mundial de la Salud (OMS)	63. http://www.euro.who.int/
64. European Society of Clinical pharmacy.	64. http://www.escp.nl/
65. American Society of Health-System Pharmacists.	65. http://www.ashp.org

66. American Pharmaceutical Association.	66. http://www.aphanet.org
67. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.	67. http://www.sefh.es
68. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria	68. http://www.sefac.org
69. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria	69. http://www.sefap.org
70. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada	70. http://www.giaf-ugr.org
71. Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico	71. http://www.programadader.es
WEB DE PACIENTES O PARA PACIENTES RELACIONADAS CON MEDICAMENTOS	
72. MedlinePlus	72. http://medlineplus.gov/spanish/
73. Public Citizen's Health Research Group	73. http://www.worstpills.org/

Las direcciones URL han sido revisadas el 17 de Mayo de 2007.

Fuentes:

(1) Silva-Castro MM, Bermúdez-Tamayo C, García Gutiérrez JF, Jiménez Pernett J, Tuneu L, Azpilicueta I, Fernández-Llimós F. Recursos web utilizados por los farmacéuticos para realizar atención farmacéutica. Seguim Farmacoter 2004; 2(1): 19-23. Disponible en: http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/abs019-023.htm

(2) Jiménez Pernett JJ, García Gutiérrez JF. Identificación y evaluación de la calidad de sitios web con información de medicamentos [Monográfico en Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2006. Disponible en: http://campus.easp.es/Abierto/course/view.php?id=139