

Universidad CEU Cardenal Herrera

Departamento de Farmacia



ESTUDIO DE LAS CONSULTAS
FARMACOTERAPÉUTICAS DE
INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS
EN LA FARMACIA COMUNITARIA.

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

D. Vicente Javier Baixauli Fernández

Dirigida por:

Dra. Lucrecia Moreno Boyo

Dr. Luis Salar Ibáñez

Valencia, 2016

UNIVERSIDAD CEU CARDENAL HERRERA

Departamento de Farmacia



**ESTUDIO DE LAS CONSULTAS
FARMACOTERAPÉUTICAS DE INFORMACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por: D. Vicente Javier Baixauli Fernández

Dirigida por: Dra. Lucrecia Moreno Royo

Dr. Luis Salar Ibáñez



LUCRECIA MORENO ROYO, profesora del departamento de Farmacia de la Universidad Cardenal Herrera CEU y LUIS SALAR IBÁÑEZ, profesor asociado del Departamento de Farmacia de la Universidad Cardenal Herrera CEU.

INFORMAN

Que la Tesis doctoral titulada: “Estudio de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en la farmacia comunitaria”, de la que es autor D. Vicente Javier Baixauli Fernández, licenciado en farmacia, ha sido realizada bajo nuestra dirección, y reúne las condiciones científicas y formales necesarias para ser presentada ante el Tribunal correspondiente a fin de obtener el Grado de Doctor.

Y para que conste, firmamos el presente en Moncada a 11 de Mayo de 2016.

Fdo. Lucrecia Moreno

Fdo. Luis Salar

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas a las que quiero, sinceramente, dar las gracias.

Directores

En primer lugar a mis directores, la Dra Lucrecia Moreno Royo y al Dr. Luis Salar Ibáñez por haberme permitido hacer posible la realización de este trabajo, y haberme ayudado con esta dura y gratificante tarea. A Lucrecia por su Fe en mí y en este trabajo, por su rigor y su visión crítica y científica. A Luis por su generosidad, disponibilidad y por sus reflexiones honestas y sus sugerencias constructivas. A ambos por su tiempo, profesionalidad y calidad humana.

Gracias también a la Universidad Cardenal Herrera CEU una institución de la que soy antiguo alumno, por permitirme trabajar en esta línea de investigación.

SEFAC

Agradecer a la FAMILIA SEFAC con la que he asumido durante mucho tiempo, trabajo, esfuerzo y dedicación, por mantenerme profesionalmente vivo y permitirme relajar mis obligaciones durante los meses en que lo he necesitado para acabar este trabajo, sin recordármelo ni reprochármelo.

En especial a M^a Dolores Murillo, Ana Molinero y Eduardo Satué por su generosidad y disponibilidad así como a Jesús Gómez por su ánimo y comprensión. Al staff, a mis compañeros de junta directiva y consejo de gobierno.

Familiares

Gracias a mi familia por su estímulo durante el tiempo de desarrollo de este trabajo, en especial a mis padres que siempre han animado y apoyado mi progreso profesional y me han transmitido los valores del esfuerzo y la constancia en el trabajo.

A mis Alicias, verdaderas pacientes de este trabajo, gracias por su generosidad y comprensión con el tiempo robado. A Alicia, mi media naranja, por compartir conmigo la ilusión por emprender este estudio, por su apoyo incondicional y por la ayuda prestada.

Colaboradores

- A los farmacéuticos comunitarios que me ayudaron a pilotar el cuestionario: María de los Ángeles Arango Serrano, María del Mar Gallego Rivas, Jaime Acosta Gómez, Isabel Casas Gálvez, Francesc Xavier Moranta Ribas, Jose Antonio Sánchez-Brunete.
- A los 222 farmacéuticos comunitarios valencianos que tuvieron la amabilidad de contestar el cuestionario.
- A los farmacéuticos comunitarios valencianos que me ayudaron tanto a recoger datos en sus farmacias como en este trabajo. A ellos y a su equipo de la farmacia: Luis Salar Ibáñez, M^a Teresa Climent, Rosa Prats Más, Otón Bellver Monzó, Cristina Aparicio Cercós, Santos Aznar Montalt, Josefina Velert Vila, Desiree Ruiz González y Vicente Baixauli Comes.
- A los “naranjit@s” germen de un grupo excepcional de profesionales farmacéuticos valencianos que han marcado mi vida profesional y sin saberlo me permitieron iniciar hace más de una década este camino. A todos ellos, algunos ya nombrados y a otros como Paco, Marisa, Maribel, Marian y Patricia.
- Gracias a Miquel Aguiló y a Francisco Martínez por su ayuda y su ánimo.

A Alicia
A Alicita

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	13
1.1	Evolución de la Farmacia	15
1.1.1	Inicios de la Farmacia	15
1.1.2	Siglo XX	16
1.1.3	Siglo XXI	22
1.2	SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS	31
1.3	SITUACIÓN LEGAL	40
1.4	LA INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS	47
1.5	CONSEJO Y CONSULTA FARMACÉUTICA	53
1.6	LAS CONSULTAS FARMACÉUTICAS	58
1.7	LAS CONSULTAS FARMACOTERAPÉUTICAS	60
1.8	LAS CONSULTAS FARMACOTERAPÉUTICAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS	64
2	JUSTIFICACIÓN	67
3	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	73
3.1	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	75
3.2	HIPÓTESIS	75
3.3	OBJETIVOS	75
3.3.1	Objetivo general.	75
3.3.2	Objetivos específicos	75
4	METODOLOGÍA	77
4.1	FASE I: ESTUDIO DE OPINIÓN	79
4.1.1	Diseño del estudio.	79
4.1.2	Población de estudio.	79
4.1.3	Criterios de inclusión y exclusión.	80
4.1.4	Metodología utilizada	81
4.1.5	Planificación del estudio.	86
4.1.5.1	Plan de trabajo.	86
4.1.5.2	Periodo de recogida de datos.	86
4.1.6	Análisis estadístico.	86
4.2	FASE II: ESTUDIO DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA	87
4.2.1	Diseño del estudio.	87
4.2.2	Población de estudio.	87
4.2.3	Farmacias participantes.	87
4.2.4	Criterios de inclusión y exclusión.	88

4.2.5	Equipamiento e instalaciones, variables y procedimiento utilizado.	88
4.2.5.1	Equipamiento e instalaciones.....	88
4.2.5.2	Variables.....	89
4.2.5.3	Procedimiento utilizado.	98
4.2.6	Planificación del estudio.....	102
4.2.6.1	Pilotaje.....	102
4.2.6.2	Período de recogida de datos.	103
4.2.6.3	Control externo.....	103
4.2.7	Análisis estadístico.....	104
4.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	104
4.3.1	Consideraciones éticas.....	104
4.3.2	Consideraciones legales.....	105
5	RESULTADOS.....	109
5.1	RESULTADOS DEL ESTUDIO DE OPINIÓN (FASE I).....	111
5.1.1	Tasa de respuesta, número de consultas y frecuencia para consultar.....	111
5.1.2	Descripción de la población estudiada.....	113
5.1.2.1	Edad, sexo, modalidad y años de ejercicio profesional de los farmacéuticos.	113
5.1.2.2	Características de las farmacias comunitarias.....	114
5.1.3	Atención y resolución de las consultas: lugar, personal, horario, tiempo utilizado, registro y retribución.....	115
5.1.4	Estudio de las consultas: Motivo de consulta, fuentes de información utilizadas e información proporcionada.....	118
5.1.5	Resolución de las consultas y actuaciones posteriores.....	120
5.1.6	Valoración sanitaria de las CFTIM por el farmacéutico comunitario.....	120
5.2	RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA (FASE II).....	123
5.2.1	Número de consultas registradas.....	123
5.2.2	Descripción de la población estudiada: solicitantes y pacientes.....	125
5.2.3	Atención y resolución de las consultas: horario, forma, lugar, personal y tiempo utilizado.....	127
5.2.4	Tipo de consulta, motivo de consulta, información clínica, fuentes de información e información proporcionada.....	136
5.2.5	Resolución de las consultas e intervenciones posteriores.....	142
5.2.6	Medicamentos consultados.....	145
5.2.7	Impacto sanitario de las CFTIM: Información, PRM y RNM.....	148
6	DISCUSIÓN.....	167
6.1	Limitaciones y sesgos del estudio.....	218
7	CONCLUSIONES.....	225

8	BIBLIOGRAFÍA.....	229
9	ANEXOS	263
9.1	Anexo 1: Coste del estudio de la fase I.....	265
9.2	Anexo 2: Motivos de consulta de las CFTIM.....	265
9.3	Anexo 3: Ejemplos de CFTIM	268
9.4	Anexo 4: Estudios realizados sobre CFTIM.....	276

ABREVIATURAS

- AF:** Atención Farmacéutica.
- BOA:** Boletín Oficial de Aragón.
- BOE:** Boletín Oficial del Estado.
- ATC:** Anatómica, terapéutica y química.
- CFT:** Consultas Farmacoterapéuticas.
- CFTIM:** Consultas Farmacoterapéuticas de Información de Medicamentos.
- CGCOF:** Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- CIM:** Centro/s de Información de Medicamentos.
- COF:** Colegio/s Oficial de Farmacéutico/s.
- CONCYL:** Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León.
- CSCV:** Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.
- DGFPS:** Dirección General de Farmacia y Productos Sanitario.
- FIP:** Federación Farmacéutica Internacional.
- FORO-AF:** Foro de Atención Farmacéutica.
- FORO AF-FC:** Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria.
- LRSF:** Ley de regulación de servicios de farmacia.
- MICOF:** Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PA:** Presión Arterial.
- PRM:** Problema/s Relacionado/s con Medicamento/s.
- PGEU:** Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea.
- RNM:** Resultado/s Negativo/s asociado/s a la Medicación.
- SEFAC:** Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria.
- SNS:** Sistema Nacional de Salud.
- SPF:** Servicio/s Profesional/es Farmacéutico/s.
- SPFA:** SPF asistenciales de Farmacia Comunitaria.
- ZAP:** Zona de atención personalizada.

FINANCIACIÓN

Para la realización de este trabajo ha sido necesaria la utilización de recursos económicos financiados única y exclusivamente por el autor. No se ha recibido ningún tipo de ayuda económica de terceros.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Evolución de la Farmacia

1.1.1 Inicios de la Farmacia.

La farmacia es una profesión que surge debido a la creciente complejidad que iba adquiriendo la preparación de los remedios medicamentosos. Se puede afirmar que los árabes separaron la farmacia de la medicina y que a ellos se les debe los orígenes de la farmacia moderna (Folch, 1972).

Ya desde los inicios de la existencia de nuestra profesión, la asistencia farmacéutica era proporcionada por los farmacéuticos que elaboraban y dispensaban los medicamentos que los médicos prescribían en forma de fórmulas magistrales (Esteva y Espinosa, 1986).

Durante muchos siglos, la función del farmacéutico se centraba en la búsqueda, obtención, manipulación y conservación de materias primas, para su posterior transformación en fórmulas magistrales que constituían remedios más o menos eficaces para los problemas de salud de los pacientes que los necesitaban.

Así, la mayoría de los farmacéuticos del siglo XIX eran propietarios de una farmacia de pequeñas dimensiones y en ella dirigían la elaboración de las fórmulas magistrales a partir de las prescripciones realizadas por los médicos.

A lo largo del tiempo, los boticarios se fueron especializando en el conocimiento de las operaciones químicas necesarias para elaborar correctamente las fórmulas magistrales y su beneficio económico dependía del número de fórmulas que elaboraban (Esteva, 2005). Por tanto, todo el proceso previo a la dispensación de las fórmulas magistrales elaboradas era lo realmente importante. Los temores a lo que su desaparición podría suponer quedan muy claros en la siguiente cita de William Procter, profesor de Práctica Farmacéutica en Filadelfia, en 1858: “... *si al farmacéutico se le retira la responsabilidad de la preparación de los medicamentos dejándole sólo el encargo de su distribución, su oficio perderá la mitad de su dignidad y de su importancia, rebajándose al rango de simple tendero.*” (Hepler, 1995).

Tras la revolución industrial de finales del siglo XIX la fabricación de medicamentos pasó de los métodos manuales a la mecanización de los sistemas productivos (González, 2005), siendo entonces cuando el farmacéutico pierde, de manera paulatina pero irreversible, su función como elaborador de medicamentos, a favor de una naciente industria farmacéutica, pasando a ser un dispensador de los mismos. Esto facilitó de una manera muy importante, el acceso de la población a un número, cada vez mayor, de medicamentos.

Algunos farmacéuticos convirtieron sus farmacias en laboratorios farmacéuticos o crearon éstos al margen de sus farmacias, pero la mayoría pasaron a desempeñar funciones de dispensación y consejo farmacéutico (Esteva, 2005).

Durante este siglo la profesión fue adquiriendo los perfiles con los que la conocemos en la actualidad. En ello tuvo mucho que ver la inclusión de la farmacia entre las Facultades universitarias, el extraordinario avance de la química y la aparición de la medicina preventiva (Abellán-García, 2011).

1.1.2 Siglo XX

Durante el siglo XX, la producción en grandes cantidades de medicamentos que contribuyeran a elevar el nivel de salud de la población estaba garantizada. Sin embargo, era preciso, hacerlos llegar a quienes los iban a utilizar. Una vez más la sociedad exigía a la Farmacia otra función, en este caso de carácter logístico, la distribución de los medicamentos. Bajo esta premisa, en España, los farmacéuticos desarrollaron su ejercicio profesional tanto en el ámbito de la salud pública, ejerciendo como sanitarios locales, como en el ámbito de la prestación farmacéutica centrada en la dispensación de medicamentos. Las farmacias con el tiempo se fueron profesionalizando, y gracias al modelo mediterráneo de farmacia (Cabezas y cols., 2010), a finales del siglo, se consiguió una distribución eficiente de la red de farmacias comunitarias en todo el territorio nacional. A 31 de diciembre del año 2.000 había en España 19.641 farmacias (en 2014 es ya de 21.854, 2.213 más) y el número de habitantes por farmacia era de 2.062 (en 2014

es 2.140), ratio que todavía le sigue situando entre los países de Europa con menor número de habitantes por farmacia, sólo superado por Bélgica y Grecia (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), 2014).

Pero, además del ratio, también es importante saber cómo están distribuidas las farmacias en nuestro país. Y es que la distribución geográfica de las farmacias se determinó por la distribución de la población en el territorio nacional caracterizada por una gran variabilidad, con grandes contrastes entre áreas de concentración y áreas de despoblamiento. Con esta distribución, el 99,95% de la población española ya dispone de al menos una farmacia en su municipio de residencia o en municipios colindantes. De hecho, aproximadamente 1 de cada 4 farmacias (24.55%), están situadas en el medio rural, 1 de cada 10 (39,5% de las farmacias rurales) lo está en municipios de menos de 1.000 habitantes, y poco más de la mitad de estas últimas se ubican en poblaciones de menos de 500 habitantes (21% de las farmacias rurales). En definitiva el 94,2% de la población española residente en el medio rural ya dispone al menos de una farmacia en su municipio de residencia (CGCOF, 2013; CGCOF, 2014).

Por último, también hay que destacar la disponibilidad horaria de las farmacias, ya que como establecimientos sanitarios que son (BOE, 2003), en razón de la garantía sanitaria, siguen estando sujetas a regulación sanitaria respecto a su horario de apertura. De este modo, la cobertura de los servicios que proporcionan en el horario ordinario de atención al público (considerado como un horario de mínimos), es complementada tanto con ampliaciones voluntarias del régimen de horarios, como por servicios de urgencia, diurnos y nocturnos, los días laborables y festivos (CGCOF, 2009).

Esta accesibilidad de la población a los medicamentos y productos sanitarios que ha logrado la farmacia durante el siglo XX no hubiera sido posible, ni actualmente lo es, sino fuera por el modelo de distribución farmacéutica mayorista –en gran parte formada por cooperativas- que facilita un acceso inmediato de la farmacia tanto en los núcleos urbanos como en los lugares más remotos al vademécum

INTRODUCCIÓN

disponible. Actualmente el 68% del total de los medicamentos que utilizan los pacientes españoles son dispensados por las farmacias comunitarias y para ello la distribución farmacéutica realiza 16,2 entregas semanales a cada farmacia, con una media de 2,7 entregas/día, 200.000 pedidos/día, 461.858 bultos/día y cerca de 4.646.599 unidades/día (Fedifar, 2013). Las farmacias antes de finalizar el siglo XX consiguieron garantizar, cualitativa y cuantitativamente en nuestro país, una accesibilidad real y efectiva al medicamento y al sistema sanitario, para toda la población, llegando en condiciones de igualdad al ciudadano tanto en el medio urbano como en el medio rural. En definitiva, han cumplido su función logística o distribuidora. Por estas características de proximidad y accesibilidad al ciudadano, nuestro modelo farmacéutico está considerado como uno de los mejores del mundo (Grupo Mensor Servicios de Salud, 2010).

Paralelamente a esta función, en el último tercio del siglo XX el tradicional papel profesional de los farmacéuticos comunitarios como “distribuidores” -a través de la dispensación de medicamentos- fue experimentando una paulatina transformación hacia un amplio abanico de funciones como consecuencia de la mayor implicación del farmacéutico en los procesos de salud, haciendo énfasis en su condición de profesional sanitario, próximo y accesible, comenzando a producirse y desarrollarse diversos cambios que junto a la progresiva introducción de la atención farmacéutica (AF), entendida como una nueva forma de comprender la profesión, han formado parte de un proceso evolutivo que ha servido de base para la configuración de la farmacia del siglo XXI (López, 1998).

Así, haciendo un poco de historia, a finales de los sesenta, en la farmacia hospitalaria, se desarrolla -con la influencia de la escuela americana- el concepto de “*farmacia clínica*” que, manteniendo el componente de la función logística en el cometido del farmacéutico, y una parte de la elaboración de medicamentos, ha provocado una transformación radical en el papel del profesional hospitalario al orientar su función hacia el medicamento aplicado al paciente y no al medicamento como producto.

En la década de los setenta, se inicia la evaluación económica de tecnologías sanitarias, en general y del medicamento en particular, la denominada “farmacoeconomía” (González, 2006).

En los años ochenta, en Estados Unidos se inicia un movimiento llamado “Pharmaceutical Care”, traducido como “Atención Farmacéutica” al castellano y como consecuencia lógica de los planteamientos que la Farmacia Clínica había llevado a la práctica profesional. Este movimiento se basa en el Informe Millis, que, en 1975, la asociación estadounidense Colleges of Pharmacy encargó a una comisión de expertos, que señalaron la necesidad de implicar a los farmacéuticos en el control del uso adecuado de los medicamentos (Milá, 2006).

En 1980, Brodie, en su conferencia sobre Teoría de la práctica farmacéutica, propone que: “El farmacéutico debe ser responsable del resultado de la terapia con medicamentos”, señalando la conveniencia de enfocar la práctica farmacéutica hacia el paciente, y no hacia el medicamento como se venía haciendo durante siglos. Es por lo tanto, el primer autor que establece las bases teóricas de una práctica profesional, y que acepta la responsabilidad sobre los resultados de los medicamentos utilizados por los pacientes (Brodie, 1980).

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía el concepto de “Uso racional del medicamento” (OMS, 1985) como: “*Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad*”. La importancia de esta definición radica en su dimensión sanitaria, social, económica y cultural (González, 2006). En ese mismo año, Hepler analiza la insuficiencia de informar y aconsejar. Según su punto de vista hay que pasar a “*cuidar de los pacientes que usan medicamentos*”, acuñando el término Pharmaceutical Care.

En 1989 Hepler y Strand, con la publicación de Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care (Hepler y Strand, 1990), marcaron un hito en la evolución

INTRODUCCIÓN

de la farmacia asistencial con su definición de Pharmaceutical Care "la provisión responsable de farmacoterapia, *con el propósito de alcanzar resultados definidos que mejoren la calidad de vida del paciente*", poniendo el acento en la importancia de una orientación hacia los resultados, que había estado implícita en la definición previa, y la responsabilidad en las relaciones establecidas.

En 1990, se publica en los Estados Unidos un texto legal denominado OBRA 90 (Vivian y Fink, 2008), que trató de dar un importante impulso al proceso de cambio de la práctica farmacéutica desde "servicios de distribución" hacia "servicios cognitivos", apelando a la responsabilidad profesional de los farmacéuticos. A partir de 1990 empieza la difusión de la AF fuera de Estados Unidos (Milá, 2006).

En 1992, la Universidad de Barcelona aprueba el primer plan de estudios homologado de Farmacia, en el cual, por primera vez, se incluye la asignatura Farmacia Clínica y Farmacoterapia como troncal y por ello obligatoria para ser cursada por todos los alumnos (Mariño, 2006).

En 1993, la OMS también se hace eco de este cambio en la profesión, y publica en un informe "Informe Tokio" (OMS, 1993) lo que debería ser la práctica farmacéutica bajo el título: "El papel del farmacéutico en el sistema de Atención de Salud". En él se examinan las responsabilidades del farmacéutico en relación con las necesidades asistenciales del paciente y de la comunidad, englobadas en el concepto de AF. Define la AF como "*un compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y calidad de vida del paciente.*" Además establece que el farmacéutico, en el marco de la AF, debe cumplir funciones orientadas al paciente, como es el control de farmacoterapia y a la comunidad, como son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

A su vez, ese mismo año se crea en España el Grupo de Investigación en AF dependiente de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, que comenzó a impulsar la docencia y la investigación en AF (Faus, 2003).

En 1994 se crea la red europea “Pharmaceutical Care Network European” que coordina en Europa proyectos de investigación de AF, con el ánimo de extender esta filosofía profesional (Amariles y cols., 2008).

De forma paralela, en España, ya se estaba implantando la farmacia clínica por parte de los farmacéuticos hospitalarios, y la profesión comienza a manifestar sus deseos de implicarse más en mejorar los resultados de la utilización de medicamentos. En estos años se realizaron toda una serie de actividades centradas en el papel asistencial del farmacéutico y que culminaron con la celebración del V Congreso de Ciencias Farmacéuticas en 1995 en Alcalá de Henares, donde se incluyó un simposio sobre AF, en el cual participó el profesor Charles Hepler de la Universidad de Florida, quien en esos días también participó en Barcelona en la I Jornada Farmacia Clínica: Atención farmacéutica, organizada por la Sociedad Catalana de Farmacia Clínica e impartió una conferencia en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona.

En 1997, esta evolución de la profesión farmacéutica hacia un mayor protagonismo en el ámbito asistencial fue recogido en la Ley de Regulación de Servicios de la Oficina de Farmacia (LRSF) (BOE, 1997) superando el papel del farmacéutico únicamente como dispensador de medicamentos y situándolo además como un prestador de servicios relacionados con el medicamento y con *la salud pública*.

En 1998, en España se crea la Fundación Pharmaceutical Care España con el fin de promover actividades científicas y profesionales sobre AF, validando la calidad de las mismas. Con la creación de la revista científica Pharmaceutical Care España se comenzó a publicar gran parte de la producción científica española sobre AF (Fundación Pharmaceutical Care, 2015).

1.1.3 Siglo XXI

Actualmente existen necesidades todavía no cubiertas en relación con la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y con su coste. Así, por ejemplo a pesar del elevado coste económico que supone la cadena farmacoterapéutica y el incumplimiento terapéutico de los tratamientos farmacológicos es actualmente uno de los principales problemas de efectividad. Por otro lado, la farmacoterapia no siempre es segura y su uso no racional genera un aumento de la morbimortalidad en la población causando un elevado número de ingresos hospitalarios, cuando muchos de ellos podrían ser evitados (Baena, 2004; Fajardo, 2011; Campos, 2007; Sotoca, 2007, Martín y cols., 2002; Castejón, 2010). Estos fallos de la farmacoterapia se producen, básicamente porque los medicamentos provocan resultados no deseados en la salud del paciente, es decir provocan daño debido fundamentalmente a su toxicidad y/o efectos indeseables, o bien porque no consiguen los objetivos terapéuticos deseados para los que fueron prescritos, indicados o utilizados (Faus y cols.,2007).

Esta realidad se ve agravada cada vez más por el progresivo envejecimiento de la población, el correspondiente aumento del uso de la farmacoterapia y la dificultad para garantizar su sostenibilidad (Benrimoj y cols., 2012; Bengoa y Nuño, 2008). Por ello, desde hace años, dado el serio problema de salud pública originado por la morbimortalidad de los medicamentos (Johnson y Bootman, 1995; Tuneu y cols., 2000; Ernst y Grizzle, 2001), la farmacia va evolucionando, a distinto ritmo según los países, hacia la atención al paciente.

Ante esta situación existe, por tanto, una demanda social de un profesional sanitario experto en el medicamento que cubra las necesidades de los pacientes que utilizan los medicamentos y les proteja de la morbimortalidad ocasionada por su uso, tanto en el autocuidado de su salud como en los tratamientos prescritos por el médico. El farmacéutico es el profesional más adecuado para dar respuesta a estas cuestiones (Abellán-García, 2011).

Es evidente que esta nueva misión no puede alcanzarse únicamente a través de una correcta dispensación de los medicamentos y que es necesario prestar

nuevos servicios farmacéuticos relacionados con la farmacoterapia. Es, por tanto, necesario reorientar la actividad de la farmacia comunitaria prácticamente basada en la dispensación hacia otros servicios profesionales más centrados en la eficacia y seguridad de los tratamientos de los pacientes, ya que, no sólo hay que garantizar el acceso a la farmacoterapia de una manera adecuada, sino garantizar su correcta utilización y monitorizar sus resultados (FIP/OMS, 2006) evitando y resolviendo los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) o los resultados negativos asociados a la medicación (RNM) (CGCOF, 2010).

A pesar de que la dispensación es el servicio más demandado (Documento de Consenso sobre AF, 2001), al que se dedica más tiempo (Mott y cols., 2006), el que genera la mayor parte de los ingresos de la farmacia comunitaria, y el que tradicionalmente se ha desarrollado en el último siglo, tanto la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) como la OMS han manifestado que no existe un futuro para la farmacia comunitaria basado exclusivamente en la dispensación (FIP/OMS, 2006). Actualmente en casi todos los países del mundo la farmacia comunitaria está evolucionando hacia la prestación de SPF (Benrimoj y cols., 2000; Shumock y cols., 2003). Con esta perspectiva a continuación se exponen varios hechos y comentarios que ilustran y están forjando la situación actual de la farmacia comunitaria española en relación con el cambio de orientación del farmacéutico desde el medicamento hacia el paciente que utiliza medicamentos y desde la dispensación hacia el resto de SPF.

A finales del año 2000, y ante esta situación de necesidad de cambio en la farmacia comunitaria, nace oficialmente la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la primera sociedad científica del ámbito de la farmacia comunitaria. Su misión es *“Liderar la evolución del farmacéutico comunitario desde la provisión del medicamento a la prestación de servicios profesionales farmacéuticos centrados en el paciente y en la población en el ámbito de la atención primaria y socio sanitaria y en coordinación con otros profesionales de la salud”* (SEFAC, 2015). Con la creación de la revista

científica Farmacéuticos comunitarios se amplió y se comenzó a promocionar parte de la *producción científica española sobre AF en farmacia comunitaria*.

En España, el concepto Pharmaceutical Care se tradujo, en un primer momento, como AF, pero pronto ese concepto se desvirtuó (Soto, 1999), (Gastelurrutia y Soto, 1999) hasta el punto de que con el fin de unificar criterios, la Subsecretaria de Sanidad y Consumo junto con la Dirección General de Farmacia (DGFPS) del Ministerio de Sanidad y Consumo, convocaron a 12 expertos para elaborar un Documento de Consenso sobre AF (Panel de Consenso. Consenso sobre AF, 2001). Este documento que se publica en 2001, y aunque no tiene carácter normativo, es un documento de referencia sobre AF en nuestro país, pues circunscribió el término AF en el marco de las funciones encomendadas al farmacéutico por la LRSF, estructurando las distintas actuaciones profesionales y agrupándolas, en dos grupos de actividades: las orientadas al medicamento y las orientadas al paciente. Además define y caracteriza los servicios de dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico.

En 2001, se adopta la Resolución ResAP relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. El Consejo de Europa en su Comité de Ministros, recomienda a los gobiernos de los Estados miembros, tomen en consideración la evolución del papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria, indicando a los farmacéuticos, los organismos profesionales, las instituciones académicas, las compañías de seguros de enfermedad y las asociaciones de pacientes y de consumidores que el futuro de la profesión está ligado a la AF. Reconoce, además, que la AF es un elemento esencial en la prevención y reducción de los riesgos iatrogénicos y que debería implantarse sistemáticamente (Consejo de Europa. Comité de ministros, 2001).

En 2002 se publica la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y documentación clínica (BOE, 2002). Esta ley define legalmente la historia clínica, incluyendo en tal definición a todos los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, como: *“La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los*

procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente.”

En 2003, la Ley 16/2003 de Cohesión y calidad, establece como uno de sus principios generales “*La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica*” y en lo que se refiere a los medicamentos, modifica sensiblemente la definición de prestación farmacéutica de la Ley General de la Seguridad Social, e incluye en ella factores de calidad y racionalidad que deberán significar nuevos retos a las farmacias en el desarrollo de su actividad profesional (BOE, 2003_c).

En 2003, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE, 2003_b), determina las profesiones sanitarias y sus campos de actuación de las distintas profesiones sanitarias tituladas. Indicando como funciones de los licenciados (actualmente graduados) en farmacia “*las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.*”

En 2004, el CGCOF convocó y constituyó un foro sobre AF (FORO-AF). FORO-AF es un grupo de debate en torno al futuro de la AF con el propósito de establecer los medios y estrategias para su difusión y desarrollo. Las instituciones integrantes del FORO-AF son: la DGFPMS del Ministerio de Sanidad y Consumo, el CGCOF, la Real Academia Nacional de Farmacia, la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, la SEFAC, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Fundación Pharmaceutical Care, y el Grupo de Investigación en AF de la Universidad de Granada (FORO-AF en Farmacia Comunitaria, 2004).

En 2006 se publica la 6ª edición del manual para el Desarrollo de la práctica de farmacia Centrada en la atención del paciente (Wiedenmayer y cols., 2006). Su prólogo es muy significativo: “Los farmacéuticos *deben salir de detrás de la caja*

registradora y empezar a servir al público, proporcionándoles cuidados en vez de, solamente, fármacos. No hay futuro en el mero acto de la dispensación. Esa actividad puede hacerse, y se hará, por internet, por máquinas expendedoras y/o por técnicos entrenados para ello. El hecho de que los farmacéuticos tengan una formación académica y actúen como profesionales de la salud les ofrece la oportunidad para servir mejor a la sociedad, de lo que lo hacen hoy en día” (Van Mil y cols., 2004).

En enero de 2008, FORO-AF publica el Documento de consenso de Foro de AF (FORO-AF, 2008), en el que se reflejan las recomendaciones de FORO-AF sobre cinco áreas de trabajo en las que era necesario profundizar para avanzar en la implementación generalizada de la AF: justificación, motivación, herramientas, formación y difusión. Este documento pretende ser un instrumento para facilitar el trabajo en AF, conforme a la evidencia científica y la normativa actual, adaptando la práctica del día a día a cada paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.

En 2009 surge un nuevo grupo de trabajo y debate denominado Foro de AF en Farmacia Comunitaria (FORO AF-FC). Formado por farmacéuticos con el objetivo de contribuir a la implantación de los principales Servicios asistenciales en la Farmacia Comunitaria: la Dispensación, la Indicación Farmacéutica y el Seguimiento Farmacoterapéutico. El CGCOF, la SEFAC, la Fundación Pharmaceutical Care España, el Grupo de Investigación en AF de la Universidad de Granada y, desde 2012, la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia de la Universidad de Barcelona, constituyen FORO AF-FC (FORO AF-FC, 2014).

En octubre de 2010, el entonces presidente de la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea (PGEU) Filip Babylon, en el XVII Congreso Nacional farmacéutico concluía su ponencia sobre la farmacia en Europa indicando que había que realizar una reingeniería de la profesión con 3 pasos (Babylon, 2010):

1. *“Redefinir el rol de los farmacéuticos no solo dispensado medicamentos sino también como prestador de servicios sanitarios.*

2. *Implementar la calidad a través de las buenas prácticas en farmacia.*
3. *Adaptar el sistema retributivo desde márgenes a honorarios.”*

En 2011, la FIP y la OMS publican el documento “Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos” (FIP/OMS, 2011) que indica que la misión de la profesión farmacéutica es “contribuir a la mejora de la salud y ayudar a los pacientes con problemas de salud para que hagan el mejor uso de los medicamentos” para lo cual se dirige a seis objetivos:

1. Estar siempre disponibles para el paciente con o sin cita previa
2. Identificar, gestionar o detectar problemas de salud
3. Promover la salud
4. Asegurar la eficacia de los medicamentos
5. Prevenir el daño causado por los medicamentos
6. Realizar un uso responsable de los recursos limitados de la atención sanitaria.

En 2012, la PGEU publica el Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea (PGEU, 2012), como un reflejo del “*deseo de los farmacéuticos comunitarios europeos de avanzar en la profesión y en la práctica farmacéutica, para satisfacer las necesidades de los pacientes y afrontar los retos sanitarios actuales*”. Indica que a fin de optimizar los resultados en salud del paciente y añadir valor a los sistemas sanitarios de toda Europa, se debe:

- mejorar la seguridad y el acceso a los medicamentos,
- mejorar los resultados en pacientes,
- mejorar la salud pública,
- contribuir a la eficiencia del sistema

Además indica que las actividades diarias de la práctica farmacéutica se pueden clasificar en estos cuatro grupos.

En abril de 2013 la SEFAC presenta su propuesta de (SPF) para la farmacia comunitaria, estableciendo una primera definición y clasificación, planteando un decálogo para su desarrollo y exponiendo las condiciones necesarias para su implantación (Baixauli y cols., 2013).

Un mes más tarde, en mayo, el CGCOF publica un informe sobre servicios farmacéuticos, y en julio aprueba la difusión del documento de Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España (CGCOF, 2013) en respuesta a las Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas publicadas en 2011 que instan a las organizaciones profesionales nacionales a desarrollar unas normas específicas sobre buenas prácticas. En este documento de buenas prácticas hay que destacar dos textos en su apartado justificación: *“Los servicios y sistemas sanitarios de todo el mundo están cambiando. Las farmacias y los farmacéuticos, como parte integral de estos sistemas de salud, necesitan adaptarse al cambio y avanzar para satisfacer las necesidades tanto de los pacientes como de los gobiernos.”* y *“El presente y el futuro profesional de la Farmacia están ligados a la provisión de servicios centrados en el paciente”*.

A finales del mismo año, la Royal Pharmaceutical Society publica el documento *“Ahora o nunca. Perfilando la farmacia del futuro”* en el que afirma que *“El modelo tradicional de farmacia comunitaria se verá cuestionado, ya que la austeridad económica en el Sistema Nacional de Salud, un mercado saturado de farmacias locales, el aumento del uso de técnicos y una tecnología automatizada para la dispensación y el uso de la receta electrónica y en línea se ciernen sobre los ingresos de las farmacias comunitarias e impulsan el cambio. Será fundamental que los farmacéuticos adopten un papel más amplio como cuidadores para garantizar el futuro de la farmacia comunitaria”* (Smith y cols., 2013).

En Octubre de 2014 en el XIX Congreso Nacional Farmacéutico se presenta la *“Declaración de Córdoba”*, que supone un compromiso de la Farmacia Comunitaria para mejorar la atención a los pacientes, apostando por la profesionalidad, la práctica asistencial, y el trabajo colaborativo con otros profesionales sanitarios. Dicha Declaración de Córdoba es un llamamiento de la profesión farmacéutica hacia una Farmacia que evoluciona adecuándose a las nuevas necesidades sociosanitarias de los pacientes y de los sistemas sanitarios (CGCOF, 2014).

En marzo de 2015 la SEFAC publica el “Manifiesto Abarán” como documento marco en el que reivindica el papel del farmacéutico comunitario en la prestación de servicios profesionales en el ámbito de la atención domiciliaria y sociosanitaria (SEFAC, 2015).

En mayo del mismo año la SEFAC publica el primer Código Ético específico de la Farmacia Comunitaria (Abellán-García y cols., 2015) con el fin de que los farmacéuticos comunitarios, dispongan de un texto con los principios éticos aplicados a esta modalidad de ejercicio profesional, que les sirva de ayuda en la prestación de los SPF, y oriente su práctica profesional hacia la calidad, superando el cumplimiento de las normas legales que, aunque imprescindibles, no son suficientes cuando se busca la excelencia. Este código va más allá de los códigos deontológicos (centrados en los mínimos obligatorios exigibles por ley y sancionables) y pretende promover una serie de ideales y actitudes responsables conforme a una serie de valores que refuercen el compromiso del farmacéutico comunitario con su ejercicio profesional y con la sociedad en general.

En resumen, la profesión no es un concepto estático o cerrado, sino que es una realidad abierta que necesita adaptarse a las necesidades sociales (Abellán-García, 2011). Un buen ejemplo de ello es la profesión farmacéutica, que nació para satisfacer la demanda social que suponía la fabricación de los medicamentos. Esta necesidad fue satisfecha inicialmente a través de las oficinas de farmacias hasta que a partir del siglo XIX fue cubierta por la industria farmacéutica. Posteriormente la farmacia se orientó a permitir y garantizar el acceso de toda la población a los medicamentos que la industria farmacéutica fabricaba. De igual forma esta necesidad fue cubierta satisfactoriamente a lo largo del siglo XX.

Sin embargo las consecuencias derivadas de la amplia utilización de los medicamentos como principal tecnología sanitaria, han originado nuevas necesidades todavía no cubiertas que están relacionadas básicamente con la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y con su coste, por lo

INTRODUCCIÓN

que para su abordaje es necesario reorientar de nuevo el papel de la profesión farmacéutica y de sus actividades.

Así pues, la profesión farmacéutica con el transcurso del tiempo ha ido cambiando su función sanitaria de acuerdo con las necesidades de la población, evolucionado hasta adquirir un mayor protagonismo en el ámbito asistencial, tal y como se ha expuesto y puede apreciarse visualmente en la figura 1.



Figura 1. Evolución del rol del farmacéutico. Tomada y modificada de Gastelurrutia MA. SPF remunerados en la farmacia comunitaria. Discurso de ingreso en la Academia Iberoamericana de Farmacia. Granada 2012.

1.2 SERVICIOS PROFESIONALES FARMACÉUTICOS

Como se ha expuesto en el apartado anterior, la entrega de un medicamento no es suficiente para que se alcancen los objetivos de un tratamiento farmacológico, y dado que la misión de la profesión farmacéutica es contribuir a la mejora de la salud y ayudar a los pacientes con problemas de salud para que hagan el mejor uso de los medicamentos, es lógico y razonable pensar que el presente y el futuro profesional de la Farmacia esté ligado a la provisión de servicios profesionales centrados en el paciente en cooperación con el resto de profesionales sanitarios, que respondan a las necesidades sanitarias del paciente, mejorando su calidad de vida y el uso responsable de los medicamentos. En este sentido, durante el último tercio del siglo XX y lo que se lleva transcurrido de éste, la profesión farmacéutica ha comenzado a reorientar su función hacia el paciente hacia la prestación de otros SPF diferentes de la dispensación.

Sin embargo, el término “servicios” tiene diferentes acepciones, y aunque se acompañe –a veces, indistintamente o conjuntamente- de dos adjetivos como son: “profesionales” y “farmacéuticos”, y de la coletilla “en farmacia comunitaria” que define su ámbito de aplicación, puede interpretarse de diferentes formas, y como consecuencia, bajo esta denominación pueden incluirse ciertas actividades profesionales farmacéuticas como SPF cuando éstas no lo son. No es el caso de la atención y resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos que se abordan en este trabajo, sino el de actividades realizadas por el farmacéutico en la farmacia comunitaria que no éstas dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública, tal y como indica la LOPS para la profesión de farmacéutico. Muchas de estas actividades requieren generalmente de una formación adicional e independiente de la formación que recibe un graduado en farmacia. Es el caso de las actividades de óptica, análisis clínicos, elaboración de dietas, etc o de las actividades relacionadas con la cosmética e higiene, ya que si bien éstas son profesionales no son específicamente farmacéuticas.

Hay otras actividades que, aun pudiendo estar relacionadas con el concepto de salud y bienestar en su sentido más amplio, no son servicios farmacéuticos, aunque en la actualidad se tiende a incluirlos como servicios de las farmacias. Se trata de la utilización de cabinas de cosmética, visitas de esteticistas, realización de depilaciones, gabinetes de podólogos, de higienistas dentales, etc. Este tipo de servicios, junto a la venta indiscriminada de productos que carecen de una función sanitaria, y pueden generar una imagen exterior de la farmacia poco relacionada con la misión que justifica la existencia de esta profesión (Foro AF-FC, 2012). De hecho, uno de los problemas con a la hora de indicar los SPF en la farmacia comunitaria es su clasificación, y es que los SPF pueden clasificarse atendiendo a distintos criterios.

El Consenso sobre AF de 2001 -que circunscribió el término AF en el marco de las funciones encomendadas al farmacéutico por la LRSF-, estableció una primera estructuración de las distintas actuaciones profesionales agrupándolas en aquellas que implicasen la gestión del conocimiento farmacéutico aplicada a un paciente determinado y que fueran reconocidas por otros colectivos profesionales y por la población (Consenso sobre AF, 2001). Con estos criterios se diferenció entre dos grupos de actividades: las orientadas al medicamento y las orientadas al paciente (Figura 2).

Incluidas dentro de la AF se distinguió aquellas actividades que podrían agruparse en el ámbito de la clínica por estar orientadas a la asistencia al sujeto en el manejo de los medicamentos antes que al medicamento en sí, indicándose que eran: la indicación de medicamentos que no requieren prescripción médica, prevención de la enfermedad, educación sanitaria, farmacovigilancia, seguimiento farmacoterapéutico personalizado y todas aquellas otras que se relacionan con el uso racional del medicamento y que se muestran en la figura 2, como es la consulta farmacéutica.

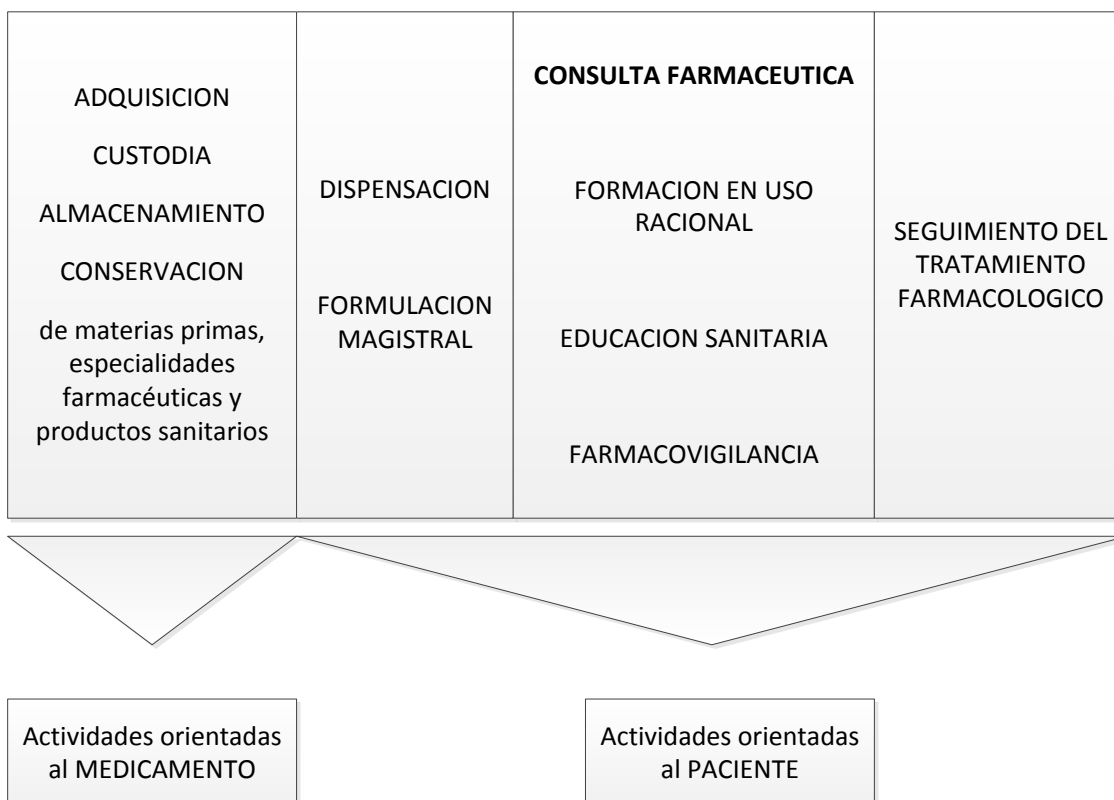


Figura 2. Actividades profesionales agrupadas por funciones asistenciales del farmacéutico.
Tomada de: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre AF; 2001.

No obstante, y sin perjuicio de otros servicios que pudieran ser ofertados en la Cartera de Servicios de una farmacia comunitaria, según este documento, había tres que eran esenciales en el modelo actual de ejercicio profesional del farmacéutico orientado a las necesidades del paciente:

- Dispensación de especialidades farmacéuticas.
- Consulta de indicación farmacéutica.
- Seguimiento farmacoterapéutico personalizado.

Sin embargo, organismos y entidades supranacionales como la OMS, la FIP y la PGEU, a través de sus documentos respectivos (Libro Blanco de la farmacia comunitaria europea y documento sobre Buenas Prácticas en Farmacia), clasifican las actividades diarias de la práctica farmacéutica en función del objetivo que éstas persiguen.

INTRODUCCIÓN

Así, en 2011, la FIP y la OMS en el documento “Buenas Prácticas en Farmacia. Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos” clasifican las actividades según su función en:

1. Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos.
2. Ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos.
3. Mantener y mejorar el ejercicio profesional.
4. Ayudar a mejorar la eficiencia del sistema de salud y la salud pública.

En la figura 3 se exponen dichas funciones y sus actividades correspondientes.

<i>FUNCIÓN 1: ADQUISICIÓN, CUSTODIA, CONSERVACIÓN, PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS</i>	A: Adquisición, custodia y conservación de medicamentos y productos sanitarios
	B: Preparación de fórmulas magistrales y preparados oficinales
	C: Dispensación de medicamentos y productos sanitarios
	D: Gestión de caducidades y eliminación de residuos de medicamentos y productos sanitarios
<i>FUNCIÓN 2: OFRECER UNA GESTIÓN EFECTIVA DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS</i>	A: Evaluar el estado y las necesidades de salud del paciente
	B: Seguir el tratamiento farmacológico de los pacientes
	C: Controlar el progreso y los resultados del paciente
	D: Ofrecer información sobre medicamentos y temas relacionados con la salud
<i>FUNCIÓN 3: AYUDAR A MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO Y LA SALUD PÚBLICA</i>	A: Difundir información contrastada sobre medicamentos y diversos aspectos de autocuidado y salud pública
	B: Participar en servicios y actividades de prevención
	C: Cumplir con las obligaciones, directrices y legislación profesional
	D: Recomendar y apoyar las políticas nacionales que fomenten mejores resultados de salud
	E: Contribuir a la eficiencia del sistema de salud
<i>FUNCIÓN 4: MANTENER Y MEJORAR EL DESEMPEÑO PROFESIONAL, COLABORACIÓN CON LA DOCENCIA Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN</i>	A: Planificar e implantar estrategias de desarrollo profesional continuo para mejorar el desempeño actual y futuro
	B: Participación en actividades para la adquisición de competencias de futuros profesionales farmacéuticos
	C: Participación en actividades de investigación y desarrollo

Figura 3. Funciones, tareas y actividades de los farmacéuticos. FIP/OMS. Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. (Hyderabad, 2011).

De acuerdo con esta figura, la atención y resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos (CFTIM) estaría incluida en la función 2, apartado D.

En 2012, la PGEU en su Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea (PGEU, 2012) clasifica las actividades diarias de la práctica farmacéutica según sus objetivos, en 4 grupos:

1. mejorar la seguridad y el acceso a los medicamentos.
2. mejorar los resultados en pacientes.
3. mejorar la salud pública.
4. contribuir a la eficiencia del sistema.

Esta clasificación es más general y difusa en relación con la asignación de servicios y actividades a cada grupo, dado el carácter transversal que presentan algunos de ellos.

En 2013, Moullin y colaboradores (Moullin y cols., 2013) con el fin de utilizar un vocabulario común a las actividades asistenciales del farmacéutico y a la prestación de servicios en la farmacia, realizaron una propuesta de definición y clasificación de los SPF. Definieron SPF como una *“acción o conjunto de acciones, realizadas en la farmacia u organizadas por dicha entidad, ejecutadas por un farmacéutico u otro profesional de la salud, que utilizan sus conocimientos específicos en salud, personalmente o de forma indirecta, con un paciente, con la población o con otro profesional de la salud, con el objeto de optimizar el proceso de la asistencia sanitaria y así mejorar los resultados en salud y el uso de los recursos sanitarios”*.

En la definición especificaron varias características de los SPF que merece la pena analizar, puesto que afectan a la clasificación de la atención y resolución de consultas en la farmacia. La primera es el lugar en donde se realiza el servicio, ampliando más allá del propio local de la farmacia a otros lugares externos a ella, como la educación sanitaria en colegios, locales de asociaciones de pacientes, o sociales, y aquellos servicios realizados por ejemplo en el ámbito de la AF

INTRODUCCIÓN

domiciliaria y socio sanitaria. La segunda es que la definición solo se refiere a aquellos servicios en los que un profesional de salud aplica sus conocimientos sanitarios o habilidades propias con el objeto de promocionar, preservar o mejorar la salud. Cualquier otro servicio que no implique lo anterior, sería un servicio no profesional en la farmacia comunitaria, tal y como ya se ha comentado anteriormente. Un tercer detalle es que los servicios promovidos desde la farmacia comunitaria pueden ser prestados por un farmacéutico (Servicios por el farmacéutico), pero también por cualquier otro profesional sanitario que la organización estime oportuno que pueda cubrir las necesidades sanitarias y/o sociales de la población a la que atiende (Servicios por otros profesionales de la salud). Un cuarto detalle se refieren a la extensión del destinatario de los servicios del paciente individual, a grupos de éstos y en general a toda la población, y por último aporta una mayor concreción en el fin de los servicios, elemento importante a la hora de valorar si un servicio puede o no considerarse como un SPF o no, pues vincula su prestación a obtener resultados en salud dentro de la asistencia sanitaria. En este sentido diferencia entre los servicios en los que el farmacéutico aplica sus conocimientos y habilidades específicos para optimizar la farmacoterapia del paciente que sería en donde se ubicaría la consulta farmacéutica, y aquellos en los que los medicamentos no son la diana principal del servicio (ej. servicio de cribado y seguimiento de la hipertensión arterial desde la farmacia comunitaria).

Un esquema de la clasificación de los servicios prestados en la farmacia comunitaria propuesta por Moullin y colaboradores puede observarse en la figura 4.

En abril de 2013, la SEFAC presenta su propuesta de SPF para la farmacia comunitaria, definiéndolos, clasificándolos, planteando un decálogo para su desarrollo y exponiendo las condiciones necesarias para su implantación. Basándose en las competencias del farmacéutico como profesional sanitario, clasifica los SPF en 3 grandes grupos:

- **Servicios relacionados con los medicamentos:** Son aquellos SPF que relacionan pacientes y medicamentos con la misión principal del farmacéutico. Los SPF se subclasifican en función de su lugar en la cadena del medicamento, que se compone de los siguientes eslabones: I+D - Fabricación - Distribución – Prescripción – Dispensación – Administración – Seguimiento – Eliminación. Las CFTIM abarcarían más de un eslabón de dicha cadena.
- **Servicios relacionados con la salud pública:** Son aquellos SPF que contribuyen a otra de las misiones del farmacéutico como profesional sanitario: la prevención, promoción y protección de la salud pública y educación sanitaria en general.
- **Otros Servicios:** Aquellos otros servicios que se realizan en la farmacia comunitaria en el ámbito de la docencia e investigación.

Cada uno de estos grupos incluye varios servicios formando un listado de servicios sin carácter limitativo, con el fin de que pueda adaptarse a las necesidades sanitarias y sociales de la población.

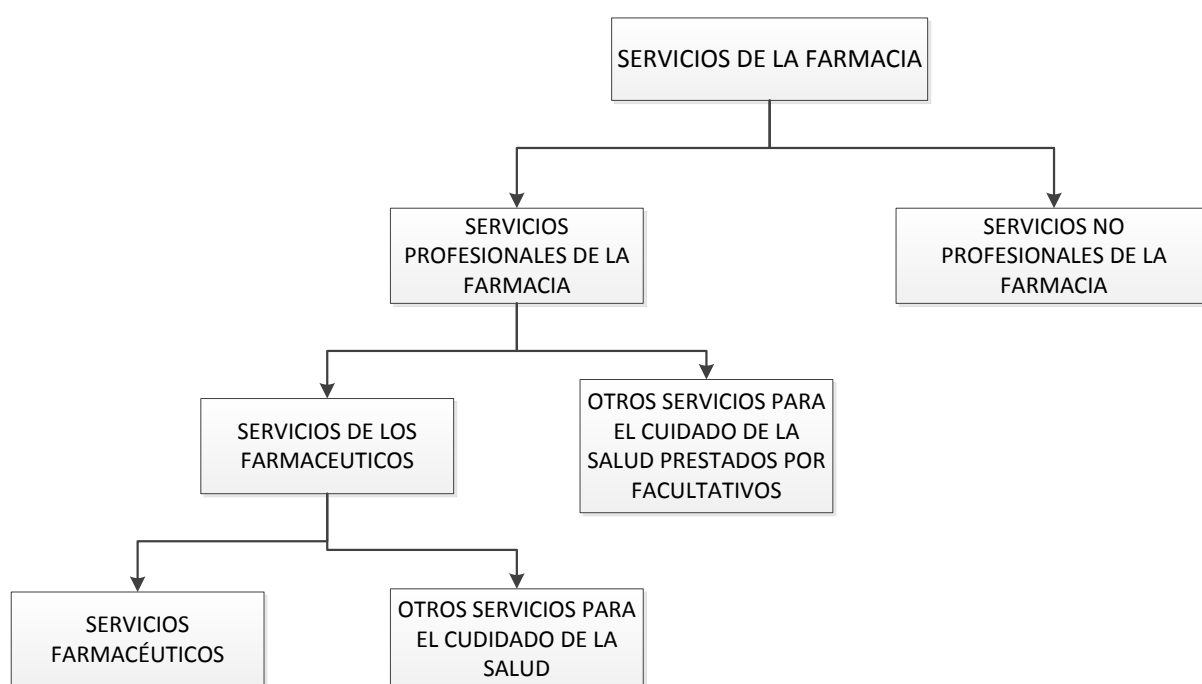


Figura 4. Servicios prestados en la farmacia comunitaria. Adaptada de: Moullin y cols. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy* (2013):1-7.

INTRODUCCIÓN

En Mayo de 2013 el CGCOF publicó también una definición y clasificación de los SPF (CGCOF, 2013). En base al listado de servicios básicos establecido en la LRSF y a su naturaleza, realizó una identificación inicial de 63 servicios, y tras aplicarles un análisis de idoneidad y de viabilidad para seguir con su desarrollo, enumeró 15 servicios que podrían prestarse en la farmacia. Estos servicios los clasificó de la siguiente forma:

- Servicios esenciales o básicos: son los inherentes a la condición de farmacéutico comunitario, y están definidos como sus funciones básicas.
- Servicios complementarios: son los relacionados con programas de salud pública, voluntarios, y que requieren formación y acreditación previa.
- Servicios colaborativos: son los que se pueden desarrollar en colaboración con otros profesionales sanitarios, voluntarios, y que requieren un convenio previo y acreditación.

En esta definición la consulta farmacéutica, al igual que otros SPF, podría incluirse tanto en el primer grupo como en el tercero.

Por último, recientemente, en 2015, el FOROAF-FC consensuó la definición de los SPF asistenciales de farmacia comunitaria (SPFA) definiéndolos como (Álvarez de Toledo, 2015): *“Son aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad.”*

Estos SPF los clasificó en Servicios de AF y de Salud Pública, según se puede observar en la figura 5.

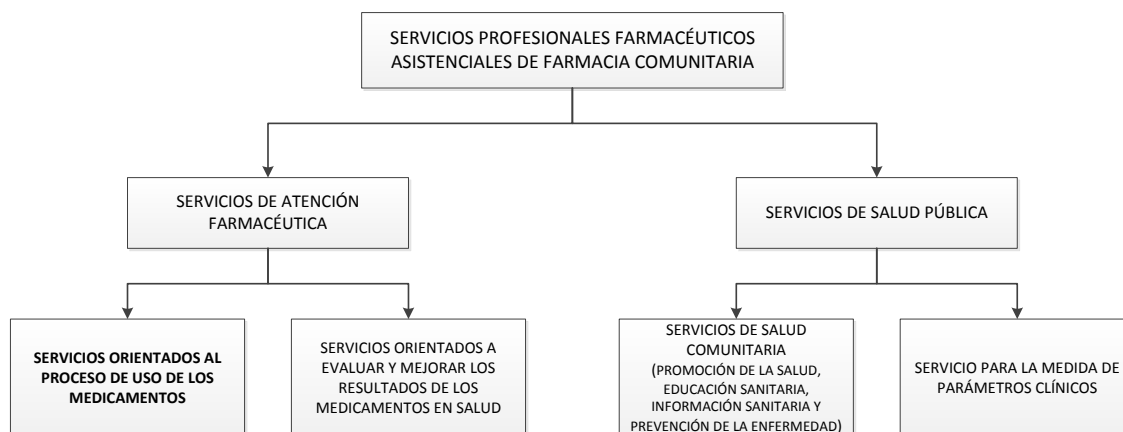


Figura 5. Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de farmacia comunitaria (SPF A). Tomado de: Foro AF-FC, 2015 (En prensa).

En esta clasificación la consulta farmacéutica se incluiría en los servicios orientados al proceso de uso de los medicamentos.

Teniendo en cuenta esta clasificación y la realidad de la farmacia comunitaria, a continuación, en la figura 6 se muestra una posible clasificación de los servicios en la farmacia comunitaria con algunos ejemplos en los SPFA.

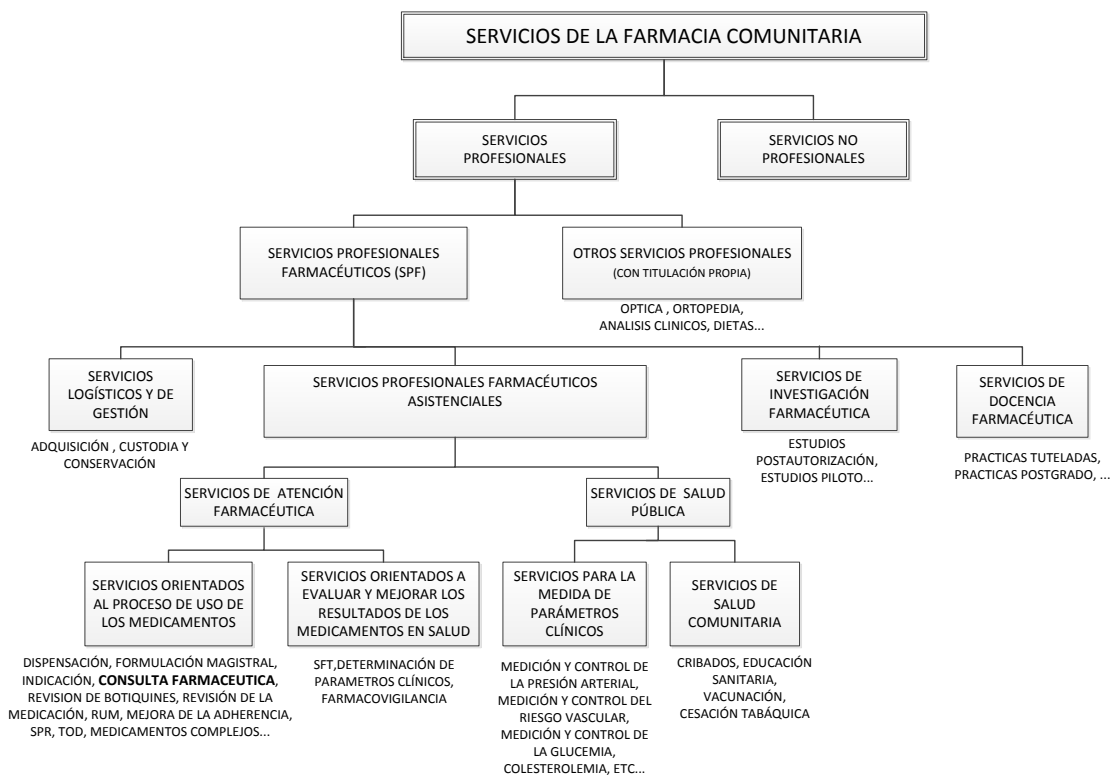


Figura 6. Clasificación de los servicios en la farmacia comunitaria.

1.3 SITUACIÓN LEGAL

La atención y resolución de las consultas farmacéuticas de información de medicamentos es una actividad susceptible de convertirse en un servicio profesional farmacéutico. Pero para ello, es necesario conocer la situación legal aplicable a los SPF en España.

La evolución de la profesión farmacéutica durante el último tercio del siglo XX hacia un mayor protagonismo en el ámbito asistencial superando el papel del farmacéutico como dispensador de medicamentos y situándolo además como un prestador de servicios relacionados con el medicamento y con la salud pública fue recogido en la LRSF. En la exposición de motivos de esta Ley se describía a la farmacia como *“establecimientos sanitarios en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes -aconsejando e informando sobre su utilización-, se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general.”* siendo uno de sus principales objetivos la regulación de la definición y las funciones de las oficinas de farmacia. En este sentido, esta Ley declaró los diez servicios básicos que la farmacia debía prestar a la población como establecimiento sanitario privado de interés público, que son:

- 1. La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.*
- 2. La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.*
- 3. La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.*
- 4. La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.*
- 5. La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.*

6. *La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.*
7. *La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.*
8. *La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*
9. *La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.*
10. *La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.*

Esta Ley podría considerarse como una cartera básica de servicios de la farmacia comunitaria, al atribuir a las farmacias además de la dispensación, la prestación de otra serie de servicios básicos a la población. Sin embargo, el tiempo y la realidad normativa han constatado el espejismo de dicha consideración.

En España el derecho a la protección de la salud está reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española (BOE, 1978) estableciendo que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Para ello el Estado, en su artículo 149 tiene entre otras, competencia exclusiva sobre materias como Sanidad exterior, las Bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos, y la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas. *“Aquellas materias no atribuidas expresamente al Estado por la Constitución podrán corresponder a las Comunidades Autónomas,*

en virtud de sus respectivos Estatutos, si bien la competencia sobre las materias que no se hayan asumido por los Estatutos de Autonomía corresponderá al Estado, cuyas normas prevalecerán, en caso de conflicto, sobre las de las Comunidades Autónomas en todo lo que no esté atribuido a la exclusiva competencia de éstas. El derecho estatal será, en todo caso, supletorio del derecho de las Comunidades Autónomas". Este aspecto es especialmente importante dada la fragmentación regulatoria existente en nuestro país y concretamente en el ámbito de la ordenación farmacéutica, y por tanto, de los SPF que pudieran prestarse.

Con este espíritu constitucional, la Ley General de Sanidad (BOE, 1986), ya señalaba, en su artículo 3.2, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarían en condiciones de igualdad efectiva. En la misma línea, el Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) (BOE, 1995), definió los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud regulando, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público, y volvió a indicar que el acceso a éstas se garantizaría con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encontrasen en cada momento los usuarios del sistema.

No es hasta la publicación de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS (BOE, 2003), cuando se establece el catálogo de prestaciones del SNS, que señaló las prestaciones que comprendía, estando entre ellas, la prestación farmacéutica. Además también definió la Cartera común de servicios del SNS como *"el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias"* articulándola en torno a tres modalidades: Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS, en la que se incluyó, entre otras, a la prestación farmacéutica; Cartera común suplementaria del SNS y Cartera común de servicios accesorios del SNS.

Sin embargo, hay que acudir al Real Decreto 1030/2006 que establece la cartera de servicios comunes del SNS de las distintas prestaciones (BOE, 2006), para conocer:

- 1) En qué consiste la prestación farmacéutica, indicando que ésta comprende *“los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”*;

- 2) Bajo que norma se rige, indicando que esta prestación *“se regirá por lo dispuesto en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE, 2015) y demás disposiciones aplicables”*;

- 3) La cartera común de servicios de la prestación farmacéutica, indicando que, en el caso de pacientes no hospitalizados, comprende *“la indicación, prescripción y dispensación de los medicamentos y efectos y accesorios autorizados, las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en el Formulario Nacional y que cumplan las normas de la Real Farmacopea Española, así como las vacunas individualizadas, antialérgicas y bacterianas”*;

- 4) Dónde se llevarán cabo, indicando que *“únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del SNS, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél”*. En este sentido hay que señalar que el SNS es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos;

5) Quién las prestará, estableciendo que deberán ser realizadas, *“por los profesionales sanitarios titulados, regulados por la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud”* (BOE, 2003_b).

Este real decreto, por tanto, constituye la base normativa en la que se asienta la principal actividad de la farmacia comunitaria, la dispensación y los únicos servicios farmacéuticos financiados por el SNS en toda España: el servicio de dispensación y el servicio de formulación de medicamentos individualizados, también conocido y denominado tradicionalmente como formulación magistral, a pesar de los servicios básicos establecidos en la LRSF. Esta limitación de la prestación farmacéutica del SNS a estos dos servicios se confirma a través de la Ley de garantías y uso racional que regula con mayor precisión la prestación farmacéutica, indicando en su artículo 6 *que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá exclusivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas ...”* y en artículo 84 -que trata del uso racional de medicamentos en las oficinas de farmacia-, especificado que *“...los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos”*:

- a) *“velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción”*.
- b) *“cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad”*.
- c) *“participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente”*.

Pero el Real Decreto 1030/2006, también establece en su artículo 7 el procedimiento para la actualización de la cartera de servicios del SNS, indicando que ésta se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS y que *“no se aplicará el régimen de actualización previsto en esta norma a la prestación farmacéutica, que se regirá por su propia normativa, y con los cauces de participación de las comunidades autónomas que en ella se establezcan”*. De hecho, actualmente las diferentes leyes autonómicas de ordenación farmacéutica establecen también las funciones de las farmacias, incorporando nuevas actividades y potenciando las labores de AF, de forma que las administraciones sanitarias de algunas comunidades autónomas han concertado con las farmacias comunitarias la prestación de otros servicios farmacéuticos ajenos a la dispensación y a la formulación magistral como es el caso del Tratamientos de observación directa (Concierto entre la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia, 2004; Convenio País Vasco, 1999)), Programa de mantenimiento de metadona (Convenio País Vasco, 1999), mejora del uso de la medicación en personas atendidas por servicios de ayuda domiciliaria municipales (Convenio País Vasco, 1999), Prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (Convenio País Vasco, 2009), y Tratamiento supervisado de la tuberculosis a usuarios de drogas (Convenio País Vasco, 1999). Recientemente, Aragón ha regulado los requisitos y procedimientos para la dispensación de Sistemas Personalizados de Dosificación en las farmacias, si bien no ha concertado con éstas dicho servicio (BOA, 2015).

Por último es necesario destacar el Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE, 2012) puesto que excluyó la prestación farmacéutica de la Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS (que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, y que están cubiertas de

INTRODUCCIÓN

forma completa por financiación pública), y la incluyó en la Cartera común suplementaria del SNS, que incluye aquellas prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del usuario.

Además esta norma permite a las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias crear sus respectivas carteras de servicios autonómicas, que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del SNS en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo, y aquellos otros servicios complementarios no contemplados en la cartera común de servicios del SNS.

Esta modificación, además de su evidente resultado económico, diferencia la prestación farmacéutica de otras prestaciones sanitarias en la que cabrían otros servicios farmacéuticos, y permite la inclusión únicamente en carteras de servicios de las comunidades autónomas de otros servicios no incluidos en la cartera común del SNS.

En cualquier caso, en la farmacia comunitaria actual, además de la dispensación y la formulación magistral, se llevan a cabo otras actividades sanitarias profesionales centradas en el paciente y en la población que son susceptibles de constituir otros servicios farmacéuticos independientemente de que estos servicios no hayan sido regulados o concertados. De hecho, en la actualidad, diferentes COF como el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia (MICOF), el COF de Madrid, el COF de Barcelona, COF de Asturias, etc llevan a cabo programas propios de catálogo y cartera de SPF.

1.4 LA INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Actualmente el número de medicamentos disponibles es muy alto, además de ser cada vez más seguros, eficaces y de calidad, lo que justifica que sigan siendo la estrategia terapéutica más utilizada para mantener la salud de los pacientes y una de las intervenciones médicas más rentables. Casi todos los países desarrollados de nuestro entorno dedican un porcentaje considerable de su producto interior bruto a financiar los medicamentos utilizados en la asistencia sanitaria. España no es una excepción y dedica el 17% de su gasto sanitario público a farmacia (Lillo y Rodríguez, 2015). Las medicinas representan entre el 20 y el 30% del gasto sanitario mundial, siendo este porcentaje ligeramente superior en los países de ingresos bajos y medios y, por lo tanto, constituyen una parte importante del presupuesto de quienes pagan por los servicios sanitarios (Lu y cols., 2010).

Los medicamentos de uso humano son sustancias que se presentan como poseedoras de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueden usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico (BOE, 2007).

Los medicamentos como instrumento para mejorar la salud, demuestran su efectividad y seguridad a través de los ensayos clínicos, teniendo en cuenta el balance beneficio-riesgo, si bien en ocasiones no están exentos de problemas en su utilización, no ya sólo en lo que se refiere a su necesidad, efectividad y seguridad, sino también en cuanto a su uso correcto por el paciente. De ahí, que una vez comercializados, todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas del uso incorrecto de la medicación (dependencia, abuso y uso incorrecto, fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación) se consideran también reacciones adversas y por tanto están sometidas al ámbito de la farmacovigilancia (BOE, 2013).

INTRODUCCIÓN

Según algunos autores, la carencia de información del medicamento es uno de los principales problemas del uso inadecuado para un porcentaje entre el 30% y el 50% de los pacientes. De hecho, la OMS en su Informe sobre la salud en el mundo 2010 ya señalaba al uso inadecuado e ineficaz de los medicamentos como una de las diez causas principales de la falta de eficiencia que contribuyen al uso ineficiente y no equitativo de los recursos sanitarios (OMS, 2015).

Una amplia variedad de estudios observacionales realizados en nuestro país principalmente por ingresos en urgencias hospitalarias, muestran una elevada prevalencia de la morbilidad asociada al uso de medicamentos que se traduce en unas consecuencias negativas para la salud de las personas (Baena, 2004; Fajardo, 2011; Campos, 2007; Sotoca, 2007).

Estos fallos de la farmacoterapia se producen, básicamente porque los medicamentos provocan resultados no deseados en la salud del paciente, es decir provocan daño debido fundamentalmente a su toxicidad y/o efectos indeseables, o bien porque no consiguen los objetivos terapéuticos deseados para los que fueron prescritos, indicados o utilizados (Faus y cols., 2007).

La misión del farmacéutico consiste en atender las necesidades de los pacientes en relación a los medicamentos que utilizan, colaborando con las administraciones sanitarias para garantizar la prestación farmacéutica y desarrollando todas aquellas cuestiones que estén relacionadas con la salud y dentro de su ámbito de actuación profesional (Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del CGCOF, 2013).

Una de las funciones básicas del farmacéutico como profesional de la salud experto en medicamentos es ayudar a prevenir riesgos iatrogénicos (Consejo de Europa. Comité de ministros, 2001) y a mejorar la efectividad y seguridad de los medicamentos. La participación del farmacéutico comunitario en la cadena de utilización terapéutica de los medicamentos, desde que se investigan hasta que son utilizados por los pacientes, comprende su consulta e indicación (en

determinados casos), dispensación y seguimiento, mientras que el uso y administración del medicamento -en el ámbito extra hospitalario- suele ser realizado por el paciente (o cuidador).

Dado por tanto, que de todos los tratamientos terapéuticos modernos disponibles, sólo las medicinas son principalmente auto-administradas y que su uso y administración suele ser realizado por el propio usuario o paciente o por su cuidador, el éxito depende de la activa participación de los pacientes, y éstos requieren información objetiva si han de obtener el máximo beneficio terapéutico y han de evitar efectos colaterales de los tratamientos, así la información de la que éstos dispongan es crucial para que se realice correctamente.

En estudios realizados con un cuestionario validado para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos (García, 2009), el 66% (IC95%: 63,3%-68,7%) de los pacientes de Málaga y Murcia, y el 82.5% (IC95%: 79,3%-85,3%) de Portugal (Salmerón-Rubio y cols., 2013) no conocían el medicamento que utilizaban. Esta carencia de información de los pacientes acerca de sus medicamentos pone de manifiesto la necesidad de implantar intervenciones sanitarias que actúen detectando y corrigiendo esta falta de conocimiento como medida de salud pública (García, 2014).

La transmisión y difusión de la información científica que se genera siempre ha sido imprescindible para el avance de la ciencia (Primo Peña E,1996), sin embargo la creciente producción de información terapéutica, en especial farmacológica, y la rapidez con que se modifica y renueva la evidencia en las ciencias de la salud, contrasta con el poco tiempo y la escasa formación de los profesionales sanitarios para mantenerse actualizado y proporcionar la mejor atención a los pacientes, basada en evidencias contrastadas y fiables.

Por información de medicamentos se entienden el conjunto de conocimientos y técnicas que permiten la transmisión de conocimientos en materia de

INTRODUCCIÓN

medicamentos con la finalidad de optimizar la terapéutica en interés del paciente y la sociedad (Martín y Cuña, 1996).

Los profesionales sanitarios, frente a la enorme cantidad de información, tienen dos caminos posibles para su evaluación. La primera capacitarse para adquirir habilidades que les permitan efectuar una selección y análisis de dicha información, proceso que requiere tiempo y esfuerzo. La segunda, es delegar en profesionales o entidades idóneas esta evaluación, ante la dificultad de realizar este proceso de manera individual. Los centros de información de medicamentos (CIM) se constituyen en una opción de consulta de los profesionales y en una importante estrategia para promover el uso correcto de los medicamentos (Vacca y cols., 2012).

La actividad de un CIM en el área de información de medicamentos incluye actividades de información activa e información pasiva. En las primeras, se toma la iniciativa a la hora de realizar información de medicamentos, con una orientación fundamentalmente educativa y formativa. La información activa va dirigida tanto al personal sanitario como a los pacientes, por lo que se establecen dos vías de comunicación: Boletines de información de medicamentos y Programas de información de medicamentos al paciente. La información pasiva es la actividad de dar respuesta a las consultas que se reciben en el CIM, y su principal objetivo es proporcionar una información que responda a la consulta formulada de forma objetiva, completa, correcta y en tiempo útil. A través de la información pasiva se da respuesta a cuestiones puntuales, aunque el perfil de consultas que se reciben sirve de alarma para identificar problemas en la utilización de medicamentos y establecer soluciones a través de otras actividades de información de medicamentos, como es la información activa (Martín y Cuña, 1996). De hecho, *“la Información de medicamentos cada vez con más frecuencia es solicitada en base a la situación clínica de un paciente concreto y como parte integrada dentro de los programas de Atención Farmacéutica, de forma que el objetivo general de mejorar el cuidado del paciente y sus resultados en términos de salud, se convierte también en objetivo de esta actividad”* (Pla y cols., 2003).

Sin embargo, los pacientes y usuarios que utilizan medicamentos no suelen acceder a los CIM y de hecho, cada vez es más frecuente que el paciente acceda a información proveniente de ámbitos no técnicos y medios masivos de comunicación, la cual suele ser insuficiente, inadecuadamente procesada o incluso intencionadamente sesgada (Vacca y cols., 2012).

Hay muchas posibles fuentes de información sobre medicamentos accesibles para el paciente (FIP, 2008):

- Verbal (por parte de los profesionales sanitarios implicados en los procesos de su prescripción, dispensación y/o administración).
- Prospectos que se proporcionan con los medicamentos de forma individual.
- Información escrita sobre medicamentos para los pacientes y organizaciones de profesionales sanitarios, organizaciones sanitarias y otras que estén en contacto con consumidores de asistencia sanitaria.
- Internet y otras herramientas electrónicas.

A ellas habría que añadir otras fuentes: la información previa que el paciente posea sobre el medicamento, si ya lo ha utilizado en ocasiones anteriores, y aquella otra información que obtenga o le faciliten otras personas de su entorno (familiares, vecinos, amigos, etc).

Respecto de Internet, hay que destacar que más de un tercio (36%) de la población utiliza webs de salud para informarse (Torrás, 2011).

En definitiva, las personas que usan medicamentos necesitan información sobre ellos, oral o escrita. La información de medicamentos puede provenir de una amplia gama de fuentes a las que los pacientes pueden acceder por si mismos directamente o a través de los profesionales sanitarios que están a su disposición no ya sólo para proporcionársela sino también para ayudarles a comprenderla.

En este sentido, el propósito principal de la información sobre medicamentos que se proporciona al paciente o a los profesionales sanitarios es el de ayudarles a

INTRODUCCIÓN

conseguir un uso seguro y efectivo de los medicamentos. Esto incluye proporcionar una información que permita al paciente tomar decisiones informadas sobre la selección apropiada y el uso de los medicamentos.

Como expertos en medicamentos, los farmacéuticos son una fuente de información clave para el paciente y otros prestadores de asistencia sanitaria. Un ejemplo palpable es la promoción audiovisual en la publicidad de los medicamentos no sujetos a prescripción médica (BOE, 1994) “*Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico*” que promueve la consulta al farmacéutico sobre los medicamentos en la población (DGFPS, 1999).

El reto clave para el farmacéutico es comunicar dicha información al paciente de forma que satisfaga sus necesidades, así como las necesidades y capacidades de los profesionales y sistemas sanitarios. En este sentido hay que destacar los recientes resultados del programa D-Valor cuyo objetivo era evaluar el impacto de protocolizar y registrar la dispensación en farmacia comunitaria, y que ponen de manifiesto en nuestro país el desconocimiento del paciente sobre aspectos básicos para la utilización de los medicamentos (Salar y cols.,2013).

Pero, independientemente de la fuente de información utilizada, durante la adquisición, transmisión o interpretación de dicha información pueden existir errores, omisiones, falta de entendimiento o interferencias que generen como consecuencia a su vez faltas de información, dudas, información distorsionada, etc que pueden provocar errores y usos incorrectos del medicamento por el paciente o los usuarios, en definitiva, PRM que a su vez pueden provocar RNM asociados a éstos (FORO-AF, 2006).

1.5 CONSEJO Y CONSULTA FARMACÉUTICA

Como se ha indicado en el apartado anterior las demandas de información que se suscitan en pacientes y usuarios pueden ser subsanadas o resueltas a través de varias fuentes de información entre las cuales puede estar el personal de la farmacia comunitaria y en concreto el farmacéutico, ya que en el ámbito de la atención primaria, la farmacia es el establecimiento sanitario donde se dispensan los medicamentos, tanto aquellos objeto de la prestación farmacéutica del SNS como aquellos otros utilizados en el autocuidado de la salud (BOE, 1997).

La palabra consejo se ha definido de varias formas: “parecer acerca de la *conducta que se debe observar*”. (Rantucci MJ, 1998), o como “*cualquier interacción en la cual un cliente en una farmacia pide y/o se le ofrece información por el farmacéutico para informarle o clarificar cualquier tema relacionado con la salud, especialmente en el uso de los medicamentos*” (Tully y cols., 1997), “*hablar con los enfermos sobre la medicación que tienen que tomar para obtener el mayor beneficio terapéutico posible*” (Rantucci MJ, 1998), o “*proceso interactivo que implica una información sobre medicamentos o productos sanitarios, entre el farmacéutico y el paciente*”. (Fundación Pharmaceutical Care, 1999). Sin embargo, otros profesionales sanitarios e incluso los propios pacientes entienden este término de manera diferente (Raynor DK, 1996).

Como se ha indicado en el apartado anterior, las actividades de información de medicamentos que realiza el farmacéutico como profesional sanitario, si bien tienen en común la labor de informador, consultor o asesor, pueden diferenciarse entre actividades activas y pasivas, dependiendo de donde parta la iniciativa en la transmisión de dicha información. Así, cuando la iniciativa de la provisión de la información parte de un CIM o de un profesional sanitario como es el farmacéutico comunitario hacia el paciente, usuario o profesional sanitario, se trata de una actividad de información de medicamentos activa, mientras que cuando la iniciativa sobre la provisión de la información de medicamentos parte del paciente, usuario o profesional sanitario, hacia el farmacéutico como profesional sanitario

INTRODUCCIÓN

se trata de una actividad de información de medicamentos pasiva. En este sentido, resulta importante conocer y diferenciar en la farmacia comunitaria entre aquellas actividades “activas” de transmisión de información sobre medicamentos que constituyen el denominado “consejo” y aquellas actividades “pasivas” de transmisión de información sobre medicamentos que constituyen la denominada “consulta” consistente en proporcionar una respuesta a las demandas de información sobre medicamentos de pacientes, usuarios y profesionales sanitarios.

Sin embargo, esta distinción en la forma (activa o pasiva) (Martín Y Cuña, 1996), de llevar a cabo la provisión de información del medicamento, no se tiene en cuenta en la mayoría de los estudios publicados en el ámbito de la farmacia comunitaria, utilizándose indistintamente diferente terminología, lo que ha constituido una barrera para el avance en el conocimiento de esta actividad (Tully y cols., 1997). También se puede entender el término consulta como *“Lugar físico donde se realizan consultas, visitas, entrevistas, etc. relacionadas con el asesoramiento a los pacientes”* (Fundación Pharmaceutical Care, 1999) o de forma contraria a su carácter pasivo como *“el acto en el que el paciente demanda consejo, ayuda o tratamiento profesional”* (REAP, 1990). Como consecuencia de esta variabilidad terminológica, en las publicaciones podemos encontrarnos términos como: “consejo”, “consulta”, “asesoramiento”, “educación”, “información” seguidos de la palabra “farmacéutico/a”, “sanitario/a”, o incluso términos como “dispensación informada”, “indicación farmacéutica”, etc para denominar a la transmisión de información -no ya solo de medicamentos- sino también de otros temas relacionados con la salud. Es por tanto necesario, profundizar en estos conceptos genéricos de “consejo/consulta” para distinguir y analizar las distintas actividades de asesoramiento que incluyen.

Sin embargo, lamentablemente se dispone de poca información sobre las actividades relacionadas con el papel del farmacéutico comunitario como informador del medicamento en las farmacias. Los datos disponibles más recientes provienen del Informe de Valoración del Consejo Sanitario de las

Oficinas de Farmacia Españolas, realizado en 2002 por el CGCOF. Según este informe, las 19.776 farmacias entonces existentes realizaron 182 millones de actuaciones sanitarias ajenas a la dispensación, situándose las actividades de consejo del farmacéutico por encima del 50% del resto de actividades (CGCOF, 2002).

Esta actividad está además recogida en la legislación farmacéutica, a través de algunos de los servicios básicos que de acuerdo con la LRSF, el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares debe prestar a la población. Estos servicios serían: *“la información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes”,* y *“la colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios”* (BOE, 1997).

En este mismo sentido, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece que *“en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos.... ...participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos...”* y califica de importancia esencial el trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de AF, ya que *“asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes “* (BOE, 2015).

El consejo es unidireccional desde el farmacéutico hacia los pacientes y usuarios con el fin de educar y promocionar la salud y el uso racional del medicamento englobándose dentro de las actividades de educación sanitaria (Martín y Cuña, 1996) y su objetivo es asegurar una utilización correcta de los medicamentos, proporcionando al paciente o la persona responsable una información adecuada sobre su medicación de modo que conozca lo que puede esperar de su tratamiento farmacológico (efectos terapéuticos, efectos adversos, etc.) así como

INTRODUCCIÓN

el manejo de los medicamentos. La educación Sanitaria además de informar, supone tratar de influir en las actitudes y comportamientos de las personas para que éstas puedan adoptar hábitos y estilos de vida saludables (Argibideak, 2005). Los COF, sus consejos autonómicos y el CGCOF han realizado numerosas iniciativas en este sentido con campañas informativas sobre medicamentos (COF Ciudad Real, 2010; CONCYL, 2010; CGCOF, 2016). Al ser unidireccional, con que el farmacéutico comunitario tenga la voluntad y los medios adecuados, es sencillo llevarla a cabo. Por eso es la forma más conocida y estudiada (Shah y Chewning, 2006), y en consecuencia sobre la que más referencias bibliográficas pueden encontrarse (Puspitasari y cols., 2010; Alte y cols., 2007; Tully y cols., 2011; Hasselly cols., 1998; Chandra y Fetters, 2003; Johnson y cols., 1995).

La consulta, a diferencia del consejo, tiene su origen en la iniciativa del consultante que demanda información para resolver cualquier duda o problema relacionado con un medicamento (PRM) o caso clínico (Comas y Puigventos, 1999). Este hecho de que la iniciativa de la consulta no sea del farmacéutico, sino de un tercero y el objetivo de satisfacer una demanda de información sanitaria, distingue la consulta de una actividad de educación sanitaria.

En la consulta, al contrario que en el consejo, se establece una bidireccionalidad entre el paciente (pregunta) y el farmacéutico (respuesta) cuyo fin es resolver la falta de información que se demanda. La actividad en la farmacia comunitaria consiste en dar respuesta a las consultas que se reciben. La atención y resolución de consultas en la farmacia comunitaria a diferencia del consejo farmacéutico o sanitario, ha sido una actividad muy poco estudiada tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo, salvo en lo que se refiere a las consultas de indicación farmacéutica y por tanto es difícil encontrar información publicada sobre ellas, lo que explica el gran desconocimiento que existe sobre esta actividad (Baixauli y cols., 2008).

La diferencia entre ambas actividades radica, por un lado, en quién toma la iniciativa sobre la transmisión de la información, el farmacéutico en el consejo y el

paciente en la consulta, y por otro, en los objetivos de ambas actividades, que no son exactamente los mismos: en el caso del consejo como actividad de educación sanitaria sobre medicamentos el objetivo principal es asegurar una correcta utilización de los medicamentos por parte de los pacientes, usuarios y profesionales pero sin tener en cuenta su individualidad, mientras que en el caso de la consulta, el objetivo es proporcionar una información que responda a una consulta formulada por un paciente singular, con sus situaciones, condiciones e idiosincrasia. La consulta puede estar relacionada con multitud de aspectos de la farmacoterapia y no sólo con la utilización del medicamento como ocurre en el consejo, pero aun en el hipotético caso de que la información proporcionada sobre la utilización del medicamento fuera la misma, en la consulta, la información sobre la utilización de un medicamento ha de tener en cuenta, además, tanto el resto de la farmacoterapia del paciente como su situación y necesidades particulares, de forma que su resolución podrá *“repercutir en la instauración, modificación o suspensión de un tratamiento farmacológico, identificación de efecto adverso, etc mejorando por tanto, el cuidado del paciente”* (Plá y cols., 2003).

En esta línea, y según Plá y colaboradores, *“La mayor participación del farmacéutico en tareas clínicas ha hecho que la información sobre medicamentos que puede ofrecer el farmacéutico tenga un contenido más allá del medicamento en sí mismo y se transforme incluso en su denominación como información sobre farmacoterapia, lo que implica un salto cualitativo, con una valoración del medicamento en el contexto del paciente considerado de forma individual”*. Por esta razón afirman que *“la información de medicamentos cada vez con más frecuencia es solicitada en base a la situación clínica de un paciente concreto y como parte integrada dentro de los programas de Atención Farmacéutica, de forma que el objetivo general de mejorar el cuidado del paciente y sus resultados en términos de salud se convierte también en objetivo de esta actividad”* (Plá y cols., 2003).

1.6 LAS CONSULTAS FARMACÉUTICAS

En la práctica asistencial, además de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, el farmacéutico comunitario, percibido por el usuario como agente sanitario, no solamente realiza una labor de asesoramiento, consulta y consejo sobre los medicamentos sino con muchos otros temas relacionados con la salud, (CGCOF, 2007; Escribá y cols., 2008, Escribá y cols., 2009) de ahí la amplia utilización de la terminología “consejo farmacéutico” (CGCOF, 2006; Sánchez-Caro y Abellán-García, 2007), “consejo sanitario” (CGCOF, 2002; Laplana y Dalet, 1998; BOE, 2015), “asesoramiento farmacéutico/sanitario”, “consulta farmacéutica/sanitaria”, etc y de lo impreciso que puede llegar a ser esta terminología al aglutinar las tradicionales actividades de asesoramiento, información y consulta que el farmacéutico ha prestado en diversos aspectos sanitarios a la población.

En cualquier caso, el paciente o usuario cuando acude a la farmacia consulta directa o indirectamente sobre aspectos relacionados con la salud (Llanes de Torres y cols., 2000). Por ello, a la atención y resolución de consultas sanitarias en las farmacias y por el farmacéutico se denominan consultas farmacéuticas. De este modo, las consultas farmacéuticas incluirían a todas aquellas consultas relacionadas con la salud, tanto las relacionadas con los medicamentos como las que no. Las relacionadas con los medicamentos estarían avaladas por la formación y especialización profesional del farmacéutico, y requieren la gestión del conocimiento del farmacéutico para su resolución y las restantes con su formación en salud pública. En este sentido, la consulta farmacéutica sería pues, una actividad profesional comparable a la consulta médica o de enfermería y puede definirse como el acto profesional por el que el farmacéutico es requerido por el paciente u otro agente de salud para resolver cualquier cuestión relacionada con sus conocimientos sanitarios (Machuca y cols., 2005). Otro hecho observado en la práctica farmacéutica es que si bien la mayoría de las consultas que se realizan en la farmacia suelen realizarse en el momento en que el paciente o usuario acude a la farmacia a que se le realice la dispensación de

medicamentos o menos frecuentemente a cualquier otro servicio, también hay pacientes y usuarios que únicamente acuden a la farmacia a consultar.

En relación con la denominación “consulta farmacéutica” es necesario comentar que existe un error plasmado en el documento de Consenso sobre AF de 2001 - que estructura en el marco de la AF las distintas funciones asistenciales del farmacéutico, diferenciando entre las que están orientadas al medicamento y aquellas orientadas al paciente- y que si bien incluye entre estas últimas, a la “consulta farmacéutica”, a lo largo de su desarrollo la une al término “indicación farmacéutica”, utilizando el término “consulta o indicación farmacéutica”, y definiéndolo como *“el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto”* (Panel de Consenso, 2001). Así definido, el término “consulta farmacéutica”, queda circunscrito únicamente a aquellos síntomas o síndromes menores para los cuales la legislación farmacéutica permite la dispensación de medicamentos que no requieren prescripción médica, obviando por completo al resto de demandas de información que el paciente o usuario solicita al farmacéutico sobre sus conocimientos sanitarios. Esta omisión ha sido puesta de manifiesto por varios autores (Barbero y Gervás, 2002; Baixauli y cols., 2004; Escribá y cols., 2009), y de hecho, la tendencia actual es diferenciar entre ambos términos, de hecho, tanto en los documentos de consenso posteriores sobre los servicios de AF (FORO-AF, 2008; FORO AF-FC, 2010) como en las publicaciones y trabajos más recientes (Machuca y cols., 2005; SEFAC, 2015), ya no se habla de consulta farmacéutica sino de consulta de indicación farmacéutica.

Como puede intuirse, la consulta farmacéutica es una actividad mucho más amplia que no sólo comprende las consultas de indicación farmacéutica, definida claramente en los documentos de consenso ya mencionados, sino también al resto de consultas en las que se demanda información sobre los conocimientos sanitarios del farmacéutico. De hecho, en 2003 con el fin de caracterizar cualitativa y cuantitativamente las demandas de información sanitaria que

realizaban los pacientes y usuarios en las farmacias comunitarias, Baixauli y colaboradores realizaron en diez farmacias de la provincia de Valencia un estudio observacional transversal. Los resultados obtenidos (Baixauli y cols., 2004) constataron que en la farmacia se dedica tiempo y recursos humanos y materiales a atender y resolver consultas, y que la mayor parte de ellas estaban relacionadas con los medicamentos. Asimismo se caracterizaron las consultas farmacéuticas atendidas pudiendo clasificarse en tres tipos: consultas administrativas, consultas farmacoterapéuticas y consultas no farmacoterapéuticas. En las consultas administrativas se demandaba información relacionada sobre los aspectos administrativos y de funcionamiento de la prestación sanitaria del SNS, en las consultas farmacoterapéuticas se demandaba información sobre cualquier aspecto de la farmacoterapia, de ahí su nombre, es decir sobre los medicamentos y/o productos sanitarios en el marco de los tratamientos farmacológicos (Schommer, 1997) y en las consultas no farmacoterapéuticas se demandaba información relacionada con la salud no incluida en los otros dos tipos de consultas comentados anteriormente (enfermedades, resultados y pruebas analíticas y diagnósticas, productos de parafarmacia, términos e informes médicos, medida de la presión arterial (PA), etc.

Esta clasificación demuestra que muchos usuarios acuden a la farmacia comunitaria a consultar sobre temas relacionados con la salud y no únicamente sobre temas relacionados con los medicamentos.

1.7 LAS CONSULTAS FARMACOTERAPÉUTICAS

Una vez definidas y clasificadas las consultas farmacéuticas en: consultas administrativas, consultas no farmacoterapéuticas y consultas farmacoterapéuticas (CFT), y definidas estas últimas como aquellas en las que se demanda información sobre la farmacoterapia, sobre los medicamentos y/o productos sanitarios en el marco de los tratamientos farmacológicos, es conveniente comentarlas más detalladamente con el fin de abordar aquellas

consultas que realmente constituyen el objeto de este trabajo de investigación. La práctica farmacéutica asistencial muestra que los pacientes y usuarios que utilizan los medicamentos cuando dudan o requieren información sobre algún aspecto relacionado con el medicamento o la farmacoterapia, acuden a la farmacia comunitaria -tanto urbana (Baixauli y cols., 2005), como rural (Escribá y cols., 2008)- a consultar.

Este hecho se justifica si tenemos en cuenta que:

1º La farmacia comunitaria presenta una serie de características como son la accesibilidad, horario, proximidad, presencia del farmacéutico, cobertura, etc que no tiene ningún otro establecimiento sanitario en nuestro país. En el ámbito de la atención primaria, es el establecimiento sanitario (BOE, 2003_a) donde se dispensan los medicamentos y productos sanitarios, tanto aquellos objeto de la prestación farmacéutica del SNS, como aquellos otros utilizados en el autocuidado de la salud, y en muchos casos se convierte en el primer o único contacto del paciente o usuario con el SNS (FIP/OMS, 2016; Panel de Consenso, 2001; Machuca cols., 2005).

2º El farmacéutico comunitario, en el ámbito de la atención primaria, es el profesional más próximo y accesible de entre los profesionales sanitarios implicados en los procesos de su prescripción, dispensación y/o administración que pueden servir de fuente de información sobre los medicamentos a los pacientes y usuarios. Además los farmacéuticos son los profesionales del medicamento (BOE, 2003_b) que desarrollan de forma mayoritaria su actividad profesional en la farmacia comunitaria, su papel es imprescindible en todo lo relacionado con una automedicación responsable (BOE, 2006_a), y gozan de una elevada confianza de la población en él como profesional sanitario tanto en España, como en otros países desarrollados (Reader's Digest Trusted Brands, 2015; PGEU, 2015).

3º A través de las webs de las administraciones sanitarias (U.S. Food and Drug Administration, 2015), de los prospectos de los medicamentos “*Si tiene alguna duda, consulte a su médico o farmacéutico*” (AEMPS, 2002), e incluso de las leyes que regulan la promoción audiovisual en la publicidad de los medicamentos no sujetos a prescripción médica incitan a la población a consultar al farmacéutico sobre los medicamentos “*Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico*”.

Por estas tres razones se puede afirmar que la farmacia comunitaria es un lugar propicio para que pacientes y usuarios demanden información y/o consultas sobre temas relacionados con la salud en general y con los medicamentos o la farmacoterapia en particular. De hecho, cuando un paciente acude a una farmacia comunitaria, de entre las situaciones que en relación con los medicamentos se pueden presentar (Martínez y cols., 2002), dos de ellas son consultas farmacoterapéuticas:

- El paciente solicita que se le indique un medicamento para un determinado síntoma que refiere.
- El paciente pide información sobre medicamentos.

El objetivo de las consultas farmacoterapéuticas es la resolución de las consultas formuladas por el paciente de forma objetiva, completa, correcta y en tiempo útil (Agudo y cols., 2006). Sin embargo, si tenemos en cuenta que en los estudios realizados sobre éstas, se constató que su resolución permite detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con el medicamento (Baixauli y cols., 2003), habría que añadir a los adjetivos mencionados “*...detectando, previniendo y resolviendo aquellos problemas relacionados con la farmacoterapia que pudieran surgir*”.

Incluidas en las consultas farmacoterapéuticas estarían por tanto las consultas de indicación farmacéutica, y aquellas consultas relacionadas con la información sobre los medicamentos. Las primeras, que constituyen actualmente un servicio diferenciado, se definen como “*el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe*

adquirir y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto" (FORO AF-FC, 2010) y son las más conocidas y estudiadas (Baixauli y cols., 2005). Mientras que las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos se pueden definir como aquellas en las que el paciente o usuario que llega a la farmacia demanda únicamente información sobre cualquier aspecto de la farmacoterapia (Baixauli y cols., 2008).

En la figura 7 puede apreciarse de forma sencilla y esquemática la relación entre las diferentes denominaciones.

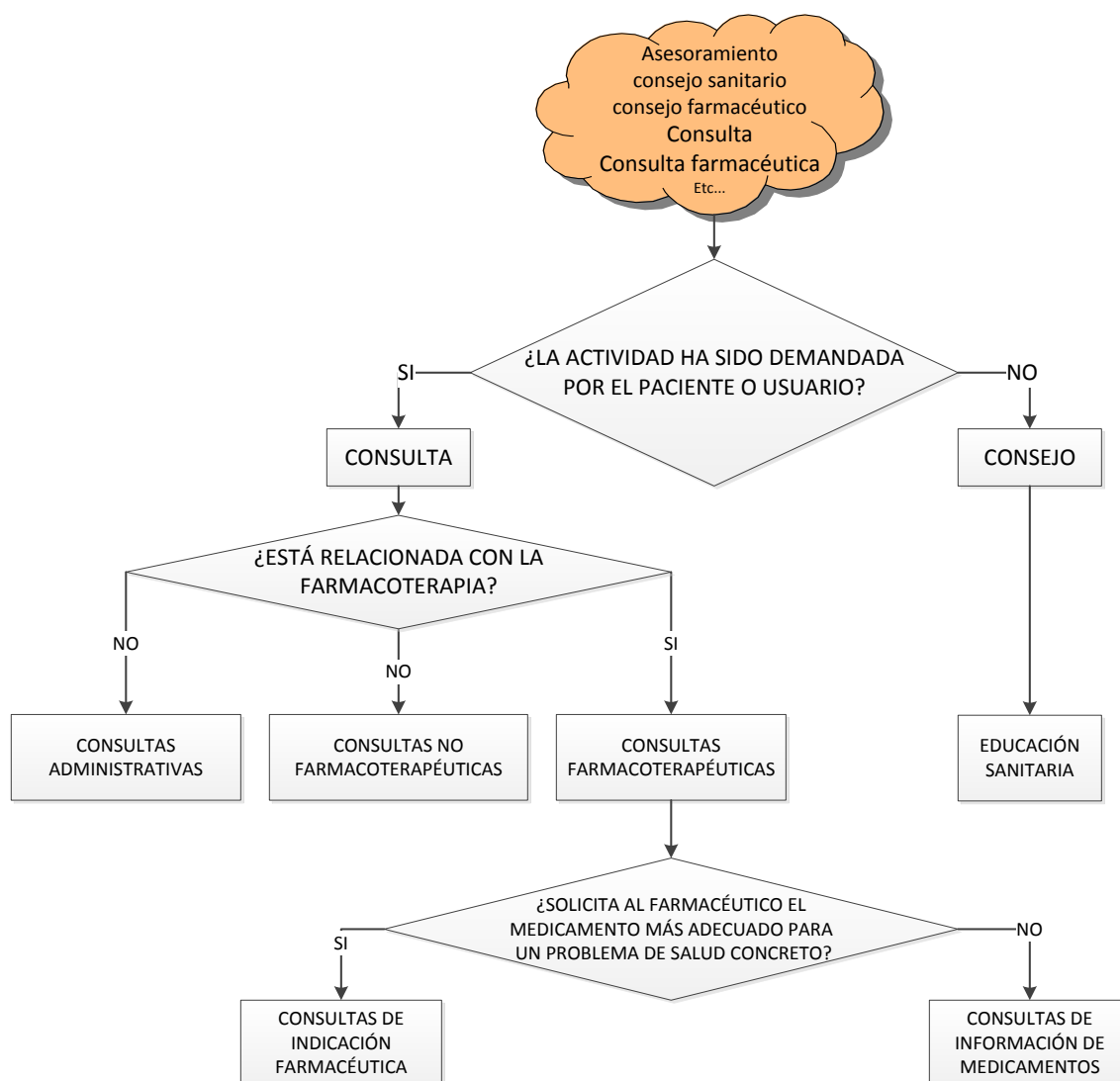


Figura 7. Diferencias entre los diferentes tipos de actividades de transmisión de información de medicamentos en la farmacia comunitaria.

1.8 LAS CONSULTAS FARMACOTERAPÉUTICAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

En 2005, una vez estudiadas las consultas farmacéuticas, Baixauli y cols. comenzaron a estudiar exclusivamente las consultas farmacoterapéuticas, y más específicamente aquellas consultas en las que se demandaba información de la farmacoterapia. Se realizó para ello un estudio observacional transversal en 7 farmacias de Valencia (Baixauli y cols., 2005). Los resultados obtenidos permitieron obtener datos que caracterizasen y cuantificasen este tipo de consultas.

Dichos datos fueron los primeros recogidos y publicados en nuestro país sobre las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos, al no haber sido éstas todavía objeto de un estudio detallado. En definitiva, además de obtenerse datos inéditos sobre este tipo de consultas, el principal hallazgo de estos estudios fue constatar que, al igual que sucedió para las consultas farmacoterapéuticas, la atención y resolución de este tipo de consultas también permitía la detección de PRM.

Al igual que ocurre con otros términos, estas consultas también pueden encontrarse denominadas de diferentes formas en las distintas publicaciones. Algunas de estas denominaciones son: “consultas de información terapéutica” (Rodríguez, 2006), “consultas terapéuticas” (Vacca y cols., 2012; Aguiló, 1996) y “consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos” (CFTIM) o de forma abreviada “consultas de información de medicamentos” (Baixauli, 2008) y son las que constituyen el objeto de este trabajo de investigación.

En estas consultas, el paciente o usuario que llega a la farmacia comunitaria, demanda únicamente información sobre la farmacoterapia, sobre cualquiera de sus aspectos, teniéndose en cuenta además, tanto el resto de los medicamentos que utiliza el paciente, como su situación y necesidades particulares, de forma que su resolución podrá repercutir en la instauración, modificación o suspensión de un tratamiento farmacológico, la identificación de un efecto adverso, etc

(Comas y Puigventos, 1999). Hay que tener en cuenta que la demanda de estas consultas puede tener su origen en otros profesionales sanitarios, traspasando esta actividad el umbral asistencial hacia el paciente habitual de la farmacia comunitaria, para convertirse en un servicio de ésta hacia otros profesionales de la salud, como ocurre en el ámbito hospitalario con el CIM (Delgado y cols., 1995).

Podría decirse que la farmacia comunitaria es un CIM para los pacientes y usuarios, y que al igual que los CIM desarrollan como una de sus funciones principales, la información “pasiva” (actividad que atiende a la demandas de información de los profesionales sanitarios), la farmacia comunitaria atiende a las demandas de información de los pacientes, usuarios y otros profesionales sanitarios a través de la resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos. Su resolución implica la asunción de una responsabilidad profesional por el farmacéutico comunitario.

Las CFTIM pretenden resolver un problema de información y responsabilizarse de la solución elegida en el marco del tratamiento farmacológico de ese paciente y con el fin último de protegerle frente a la aparición o presencia de PRM y RNM. Por ello, se ha propuesto la inclusión de la CFTIM como otra actividad de AF clínica dentro de la cartera de servicios de la farmacia, como un servicio más de AF con entidad propia (Baixauli, 2008).

La atención y resolución de consultas farmacéuticas, y en particular de las CFTIM como actividades de AF que se realizan de forma habitual en las farmacia comunitaria y por tanto, es demandada por usuarios y pacientes, no ha sido realizada desde la perspectiva de la prestación de un SPF, como una actividad con entidad propia, independiente de la dispensación, indicación farmacéutica o la educación sanitaria, por lo que no se ha protocolizado, cobrado o facturado, ni registrado (Baixauli y cols., 2008). Esta situación ha sido generada por varias circunstancias, algunas ya descritas (Gastelurrutia y cols., 2007) como pueden ser:

INTRODUCCIÓN

1. El hecho de que la forma de remuneración de la oficina de farmacia basada en un margen comercial sobre los medicamentos que dispensa “sostenía o incluía” el resto de actividades que se realizaban.
2. Que muchas consultas tengan lugar a la vez que se dispensan los medicamentos, en el mismo lugar y por la misma persona.
3. Que el farmacéutico no ha desarrollado una cartera de servicios orientada hacia la gestión de sus conocimientos sanitarios, y más concretamente, sobre los medicamentos y hacia el paciente.

En definitiva, el farmacéutico comunitario cuando ha atendido y resuelto las CFTIM no ha transmitido al paciente una imagen de prestación de un servicio diferenciado. Es necesario disponer de una estructura física (lugar para su atención y resolución), medios materiales (mobiliario, conexiones, ordenador, impresora, teléfono, fax, archivos, fuentes de información o acceso a éstas, etc), personal cualificado y un procedimiento normalizado de trabajo (Plá y cols., 2003). En este sentido existe abundante bibliografía referida a los CIM, que –salvando las obvias diferencias- podría aplicarse a la farmacia comunitaria.

A pesar de ello, como cualquier otra actividad o servicio, el farmacéutico comunitario debe realizar su registro y protocolización, estableciendo en qué casos se debe derivar la consulta (tanto entre el personal de la propia farmacia, como hacia fuera de ella), así como los recursos humanos y materiales necesarios para llevarla a cabo.

Por último, como toda actividad clínica, el análisis de los resultados de la atención y resolución de las CFTIM, permitiría conocer por un lado los beneficios sanitarios derivados de su realización y por otro, las necesidades de información de los pacientes y usuarios sobre la farmacoterapia, y en consecuencia orientar tanto las actividades formativas del personal que las atiende y resuelve, así como las actividades de educación sanitaria preventivas necesarias destinadas a los pacientes que las demandan (Baixauli y cols., 2008).

2 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación se plantea como continuación de una línea de trabajo emprendida hace 12 años sobre el estudio de la atención y resolución de CFTIM que se realizan por los pacientes y usuarios en la farmacia comunitaria. Esta actividad a diferencia del consejo farmacéutico o sanitario, ha sido una actividad muy poco estudiada en nuestro país, tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que explica el gran desconocimiento que existe sobre esta actividad.

Durante la práctica farmacéutica se observa que los pacientes y usuarios cuando acuden a la farmacia consultan directa o indirectamente sobre aspectos relacionados con la salud y con los medicamentos. La mayoría de las consultas suelen realizarse en el momento en que el paciente o usuario acude a la farmacia a que se le dispensen sus medicamentos. Sin embargo también hay pacientes y usuarios que únicamente acuden a la farmacia a consultar. Este hecho fue el que llamó mi atención y me llevó a intentar estudiarlo y caracterizarlo con el fin de comprobar si podría tener la suficiente entidad e importancia sanitaria como para constituir por sí mismo un SPF. En la figura 8 se muestra de forma resumida un cronograma con los diferentes estudios realizados sobre esta actividad.

En 2003 se comenzó con el estudio de esta actividad en 10 farmacias de la provincia de Valencia con el fin de caracterizar cualitativa y cuantitativamente estas consultas. Fue un estudio observacional transversal cuyos resultados se presentaron en el III Congreso Nacional de AF celebrado en Granada a través de tres comunicaciones en formato póster. Los resultados obtenidos permitieron estimar el porcentaje de usuarios que acudían a consultar a las farmacias y su perfil, cuantificar las consultas que realizaban por farmacia y día, clasificar las consultas en consultas administrativas, farmacoterapéuticas y no farmacoterapéuticas, conocer el tiempo medio empleado en atenderlas y resolverlas. También se analizaron las fuentes de información utilizadas para resolverlas, así como un aspecto hasta el momento no estudiado, conocer si en las consultas farmacoterapéuticas se detectaban problemas relacionados con los medicamentos y cuáles eran. Dichos resultados fueron difundidos a través de la

JUSTIFICACIÓN

publicación de sendos artículos en una revista científica del ámbito de la práctica farmacéutica asistencial (Pharmaceutical Care España) en 2004 y 2005.

En 2005, una vez identificados los tipos de consultas, el siguiente objetivo fue obtener resultados que caracterizasen y cuantificasen exclusivamente las consultas relacionadas con la farmacoterapia, las llamadas consultas farmacoterapéuticas (CFT), y más específicamente aquellas en las que se demandaba información sobre los medicamentos (CFTIM). Para ello se realizó un estudio observacional transversal en siete farmacias de Valencia. Los datos recabados sobre las CFTIM fueron inéditos en nuestro país, siendo el principal hallazgo del estudio constatar que esta actividad permitía la detección de PRM, siendo mayoritaria la de PRM no manifestados. Los resultados obtenidos se presentaron en el IV Congreso Nacional de AF celebrado en Valencia a través de dos comunicaciones en formato póster.

En 2008, a través de la publicación del artículo *La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica* (Baixauli, 2008), fueron difundidos todos los resultados obtenidos hasta el momento sobre la atención y resolución de consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos.

En 2011, ya en el marco de esta tesis doctoral, se siguió profundizando en el estudio de esta actividad con dos objetivos: confirmar con un mayor nivel de evidencia los datos obtenidos en los estudios previos realizados hasta ahora en un número reducido de farmacias (7-10), y averiguar si esta actividad podría tener algún impacto positivo en la salud de los pacientes que la demandasen, con el fin de demostrar la necesidad de su prestación como un SPF diferenciado. Las preguntas: ¿sirve para algo esta actividad? o ¿qué utilidad sanitaria tiene esta actividad? transmiten bien este objetivo, pues no tiene sentido dedicar recursos a una actividad que no genere un valor añadido.

La forma de medir este impacto sanitario, dada la naturaleza de estas consultas, los medios disponibles y los resultados obtenidos en los estudios previos, ha sido a través de la capacidad de esta actividad para prevenir, detectar, y en su caso, resolver PRM y/o RNM.

Los resultados del primer objetivo constituyen la primera parte de este proyecto de tesis, y se publicaron en el artículo: *Opinión de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Valencia sobre la atención y resolución de consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos* (Baixauli y cols., 2014).

AÑO	OBJETIVO DEL ESTUDIO	PRINCIPALES HALLAZGOS	Nº FARMACIAS/ FARMACÉUTICOS	PUBLICACIÓN DE RESULTADOS
2003	Estudiar las consultas en la farmacia comunitaria	Clasificar las consultas Estimar incidencia y tiempo medio de resolución Se pueden detectar PRM al resolverlas	10	3 posters en un congreso y 2 artículos en revista
2005	Estudiar CFT y más detenidamente las CFTIM	Incidencia y caracterización de las CFT y de las CFTIM Permite la detección de PRM, en especial de PRM no manifestados	7	2 posters en un congreso
2008	Recopilación de datos obtenidos en estudios previos			1 artículo en revista
2011	Conocer y estudiar la opinión de los farmacéuticos de la provincia de Valencia sobre las CFTIM	Constatación de la realización de esta actividad y datos inéditos para su caracterización	1.207 (tasa respuesta: 18.4%)	Tesis doctoral 1 artículo en revista
2014	Estudiar el impacto sanitario de las CFTIM sobre la salud del paciente para el que se demandan		5 (4 farmacias control)	Tesis doctoral

Figura 8. Cronograma del estudio de las CFTIM en la farmacia comunitaria.

3 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es la atención y resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en la farmacia comunitaria una actividad clínica habitual que mejora la salud de sus demandantes?

3.2 HIPÓTESIS

La atención y resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en la farmacia comunitaria es una actividad asistencial que puede influir positivamente sobre la salud de los pacientes o usuarios que las demandan.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo general.

El objetivo general de esta tesis doctoral es el estudio de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en la farmacia comunitaria.

Alcanzar este objetivo permitirá confirmar los datos obtenidos en los estudios previos realizados sobre diversos aspectos de esta actividad: ¿Se realiza de forma habitual?, ¿Cuántas veces?, ¿Sobre qué información se consulta?, ¿Quién las demanda?, ¿Cuándo se demandan?, ¿Quién las atiende y/o resuelve?, ¿Dónde se atienden y/o resuelven?, ¿Se remuneran?, ¿Cómo se resuelven?, ¿Se resuelven todas las consultas que se demandan? y en caso negativo ¿cómo se procede?, ¿se detectan PRM y/o RNM?, ¿Cuántos y de qué tipo?.

3.3.2 Objetivos específicos.

1. Conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre las CFTIM que se atienden en las Farmacias Comunitarias de la provincia de Valencia.
2. Realizar un análisis descriptivo cualitativo y cuantitativo de las CFTIM atendidas y resueltas en las Farmacias Comunitarias de la provincia de Valencia.
3. Evaluar el impacto de la atención y resolución de las CFTIM en la Farmacia Comunitaria sobre la salud de los pacientes destinatarios de las consultas, medida en términos de PRM y RNM evitados y/o resueltos por las intervenciones derivadas de dicha actividad.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4 METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos planteados, este trabajo de investigación se ha dividido en dos fases, cada una de ellas con una metodología diferente.

En la fase I se realizó un estudio de opinión para responder al primer objetivo específico: “Conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre las Consultas Farmacoterapéuticas de Información de Medicamentos (CFTIM) que se atienden en las Farmacias Comunitarias de la provincia de Valencia”.

La fase II se denominó “Estudio de práctica farmacéutica” y consistió en la realización de un estudio encaminado a responder al segundo y tercer objetivos específicos: “Realizar un análisis descriptivo cualitativo y cuantitativo de las CFTIM atendidas y resueltas en las Farmacias Comunitarias de la provincia de Valencia”, y “Conocer y evaluar el impacto de la atención y resolución de las CFTIM en la Farmacia Comunitaria sobre la salud de los pacientes destinatarios de las consultas, medida en términos de PRM y RNM evitados y/o resueltos por las intervenciones derivadas de dicha actividad”.

4.1 FASE I: ESTUDIO DE OPINIÓN

4.1.1 Diseño del estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y multicéntrico a partir de los datos procedentes de un cuestionario ad hoc enviado por correo postal y autocumplimentado por los farmacéuticos que voluntariamente decidieron participar y que desarrollaron su ejercicio profesional en las farmacias comunitarias de la provincia de Valencia. La actividad a estudiar es realizada presuntamente en las farmacias comunitarias por uno o varios de los farmacéuticos que trabajan en ellas o bajo su supervisión.

4.1.2 Población de estudio.

La población diana estuvo constituida por todos los farmacéuticos comunitarios que trabajaban en las 1.207 farmacias de la provincia de Valencia que figuraban en el listado de farmacias autorizadas y abiertas al público de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana (CSCV) en junio de 2011. En la provincia

de Valencia, según datos estadísticos del MICOV, habían 2.208 colegiados en la modalidad de ejercicio profesional “Farmacia” (MICOV, 2010). No obstante, la realidad es que se desconoce el número de farmacéuticos que no estando colegiados trabajaban en dichas farmacias. Por tanto, dada la dificultad para conocer el tamaño real de dicha población, sus datos de contacto, o bien el número de farmacéuticos que trabajaban en cada una de dichas farmacias, se decidió utilizar como población de estudio a 1.210 farmacéuticos comunitarios representativos de cada una de las 1.210 farmacias existentes en la provincia de Valencia. El número de farmacias, aunque también varió a lo largo del año debido a las aperturas y cierres, fue el dato más próximo al real, ya que para poder autorizarse la apertura al público de una farmacia es necesario que figure al menos un farmacéutico titular propietario, y que éste esté colegiado en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia donde está ubicada la farmacia comunitaria de la cual es titular propietario. Para acceder a la población diana se utilizó la dirección postal de las farmacias de la provincia de Valencia obtenidas a partir de la página web de la CSCV (Generalitat valenciana, 2011).

Dadas las previsibles pérdidas en la participación de los farmacéuticos, que cabría esperar debidas al método utilizado (el envío y la respuesta del cuestionario serán por correo postal) en comparación con otros, se decidió no realizar muestreo alguno y utilizar como muestra a toda la población de estudio, es decir a los 1.210 farmacéuticos comunitarios que trabajaban en las 1.210 farmacias existentes en la provincia de Valencia. Con este mismo fin de maximizar el número de respuestas y para no condicionarlas también se decidió que la participación fuese anónima.

4.1.3 Criterios de inclusión y exclusión.

No se aplicaron criterios de inclusión y exclusión sobre la población de estudio. La participación de los farmacéuticos en el estudio fue altruista y voluntaria. El único criterio de selección aplicado a la población diana con el fin de que la población de estudio fuese representativa, fue acotar la participación a un único farmacéutico por farmacia, enviando un único cuestionario por farmacia. En caso

de que existiera más de un farmacéutico por farmacia se desconoce el criterio utilizado para decidir cuál de ellos fue el que participó cumplimentando el cuestionario, si bien en la carta dirigida al farmacéutico titular de la farmacia que acompañó al cuestionario y en la que se explicaba el objeto del estudio, se le solicitó a éste que la cumplimentación del cuestionario fuese realizada por el farmacéutico de su equipo que más tiempo dedicase a labores asistenciales.

4.1.4 Metodología utilizada.

Para la realización de este estudio se envió a los farmacéuticos participantes un sobre postal en cuyo interior albergaba:

- a) una carta dirigida al farmacéutico titular. En el anverso de la carta se explicaba el objeto del estudio, se solicitaba su colaboración y la cumplimentación del cuestionario por aquel farmacéutico de su equipo que dedicase más tiempo a atender a los pacientes, y se explicaba que una vez cumplimentado introdujera el cuestionario en el sobre de respuesta ya franqueado que se adjuntaba y se remitiera al investigador (figura 9). En su reverso se incluyeron además instrucciones más detalladas sobre el estudio (figura 10).
- b) un cuestionario para que un farmacéutico de dicha farmacia lo autocumplimentase.
- c) un sobre de respuesta ya franqueado con el remite del investigador, en el que los farmacéuticos participantes pudiesen incluir el cuestionario ya cumplimentado y enviarlo por correo postal.

Dado que el cuestionario era anónimo y que el sobre respuesta no requería identificación alguna de la farmacia de procedencia ni de quien lo enviase, no se conoció la identidad de los farmacéuticos ni de las farmacias participantes.

El cuestionario consistió en una hoja de papel DIN A-4 impresa a dos caras dividida en tres partes tal y como se puede observar en las figuras 11 y 12.

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LAS CONSULTAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Estimado/a compañero/a:

Estoy realizando la tesis doctoral en la Universidad Cardenal Herrera-CEU estudiando las consultas que recibimos, sobre los medicamentos, los farmacéuticos comunitarios de la comunidad valenciana. Para conocer en mayor profundidad aspectos de esta actividad profesional poco conocida y estudiada, pero que realizamos de forma habitual en la oficina de farmacia, solicito tu colaboración. En concreto, necesitaría que el farmacéutico/a de tu equipo que más tiempo dedique a atender a los pacientes y usuarios dedique unos minutos a cumplimentar la encuesta que te adjunto a continuación.

Esta encuesta es totalmente anónima, y los datos obtenidos servirán para ilustrar una parte de mi tesis doctoral, que una vez defendida, pondré a disposición de todos aquellos farmacéuticos que la requieran. Para garantizar la confidencialidad y el anonimato de tu opinión, la encuesta NO requiere de ningún dato personal que identifique a quien la cumplimenta. Para facilitar su envío una vez contestada, he incluido un sobre de respuesta, por lo que no necesita sello de correos. Te ruego que una vez cumplimentada la encuesta, la introduzcas en dicho sobre respuesta y me lo envíes cuanto antes puedas, echándolo al buzón de correos.

Agradeciéndote de antemano tu colaboración

Vicente J. Baixauli Fernández
Farmacéutico Comunitario

P.D.
Si tienes alguna duda puedes mandármela a la dirección: v.baixauli.000@micof.es

Figura 9: Carta dirigida a los farmacéuticos titulares (anverso)

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LAS CONSULTAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Información importante para cumplimentar el cuestionario.

Como sabes, a lo largo del día en la oficina de farmacia se llevan a cabo varias actividades, entre ellas, responder preguntas o dudas que nos formulan los paciente o usuarios sobre temas relacionados con la salud (interpretación de informes analíticos, problemas de salud, productos de parafarmacia, etc. así como sobre diferentes aspectos de los medicamentos). Muchas veces estas consultas las realizan directamente acudiendo a la farmacia solamente a consultar sobre ellas, o bien indirectamente aprovechando que acuden a solicitar otro servicio (dispensación de medicamentos o productos de parafarmacia, indicación farmacéutica “¿Qué me da para...?”, medida de la presión arterial, etc).

Las consultas sobre las que quiero que me des tu opinión son única y exclusivamente aquellas en las que se pregunta sobre medicamentos que no estén siendo dispensados o en seguimiento en ese mismo momento, ya que las consultas que se realizan sobre un medicamento concreto durante su dispensación o seguimiento se incluyen dentro de la dispensación o seguimiento, y no son objeto de este estudio. Este detalle es importante, pues diferencia entre dichas actividades y la consulta propiamente dicha, ya que en las consultas de información sobre medicamentos, el paciente o usuario “sólo” demanda información, y utiliza la oficina de farmacia como centro de información sobre medicamentos.

A continuación te adjunto varios ejemplos de consultas sobre información de medicamentos en la farmacia comunitaria:

Tipo de Consulta	Ejemplo de consulta
Identificación del medicamento.	¿Qué significa este símbolo de la caja? ¿es éste el genérico?
Composición, presentación y forma farmacéutica.	Soy alérgico a la penicilina ¿la lleva este medicamento? ¿Existe este medicamento en otra forma? Extranjero: ¿qué medicamento es el equivalente en España?
Acción, efecto, propiedades, actividad o indicación.	¿Para qué es este medicamento? ¿Qué medicamento es mejor? ¿Se lo puedo dar a mi hijo? ¿el genérico es lo mismo?
Interacciones.	¿Puedo tomar este medicamento con estos otros que tomo?
Efectos adversos (RAM).	¿Puede provocarme sueño este medicamento que estoy tomando?
Instrucciones de uso: Posología, Duración tratamiento.	¿Cómo me lo tengo que tomar? He tomado 2 cajas de este medicamento, ¿sigo o paro?
Instrucciones de manejo, preparación y/o administración.	¿Cómo me aplico este medicamento? ¿Puedo partir la pastilla y así tomo media?
Contraindicaciones, precauciones y advertencias.	Soy diabético ¿puedo tomarme este medicamento? ¿Afecta para conducir? En el prospecto pone precaución ¿me lo puedo tomar?
Conservación, validez, caducidad y eliminación.	¿Cuánto tiempo dura este medicamento? ¿Puedo seguir tomándolo una vez abierto? ¿qué hago con los caducados? ¿puedo darlos a los pobres?
Sobredosificación, olvido en la toma, accidente.	Me equivoqué en la dosis a tomar ¿es peligroso, qué he de hacer?. Me olvidé de tomar la pastilla ¿me tomo hoy dos?..

Figura 10: Instrucciones del estudio en la carta dirigida a los farmacéuticos titulares (reverso).

Cada una de estas partes incluyó un tipo de preguntas diferentes:

1ª parte: Preguntas acerca de las CFTIM: Se incluyeron 20 preguntas abiertas y cerradas que contenían las variables a estudiar, que permitiesen caracterizar esta actividad y confirmar los resultados obtenidos sobre éstas en los estudios previos realizados.

2ª parte: Preguntas para caracterizar al farmacéutico comunitario que respondiera el cuestionario, de forma anónima, para no condicionar las respuestas de los farmacéuticos y favorecer su participación.

3ª parte: Preguntas para caracterizar a la farmacia a la que perteneció el farmacéutico que cumplimentó el cuestionario.

Para la preparación del cuestionario se siguieron las siguientes etapas:

- a) Decidir la información necesaria (ítems) que se desea obtener para responder a las preguntas básicas sobre esta actividad, teniendo en cuenta la bibliografía existente.
- b) Elegir la utilización de un cuestionario autocumplimentado.
- c) Plasmar los ítems en 20 preguntas, decidiéndose el tipo de preguntas para cada variable, así como su redacción.
- d) Definir las categorías para las respuestas.
- e) Disponer el orden de las preguntas.
- f) Diseñar el formato.
- g) Preparar las instrucciones.
- h) Validar el cuestionario realizando varias pruebas piloto del cuestionario con la colaboración de farmacéuticos comunitarios de otras provincias españolas.
- i) Revisar finalmente el cuestionario y las instrucciones.

El coste de los materiales empleados y del envío se detalla en el anexo 1.

ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LAS CONSULTAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

13.- Ordena por orden de frecuencia, los siguientes TEMAS DE CONSULTA SOBRE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, siendo 1 el tema que te consultan más frecuentemente y 11 el que te consultan menos frecuentemente.

Nº	Tema de consulta sobre información de medicamentos
	Identificación del medicamento.
	Composición, presentación y forma farmacéutica.
	Acción, efecto, propiedades, actividad o indicación.
	Interacciones.
	Efectos adversos (RAM).
	Instrucciones de uso: Posología, Duración tratamiento.
	Instrucciones de manejo, preparación y/o administración.
	Contraindicaciones, precauciones y advertencias especiales
	Conservación, validez, caducidad y eliminación.
	Sobredosificación, olvido en la toma, accidente.
	Otra (detallar:...)

14.- Ordena por orden de frecuencia las FUENTES DE INFORMACIÓN QUE UTILIZAS HABITUALMENTE PARA RESOLVER LAS CONSULTAS SOBRE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, siendo 1 la fuente que utilizas más frecuentemente y 8 la que utilizas menos frecuentemente.

Nº	Fuente de información utilizada
	Conocimientos propios (ninguna)
	Bot plus o Catálogo de medicamentos
	Centro de Información de Medicamentos (CIM)
	Información del laboratorio (Ficha técnica, prospecto, página web, delegados..)
	Revistas y/o Libros
	Apuntes de cursos o asignaturas
	Bases de datos de internet (Medline, Cochrane...)
	Otra (detallar:...)

-A continuación, tacha con una X sólo la casilla correspondiente a la opción sobre la afirmación que más se adecue a tu opinión-

15.- ATENDER Y RESOLVER ESTAS CONSULTAS SOBRE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS ES UNA ACTIVIDAD SANITARIA ASISTENCIAL IMPORTANTE PARA EL PACIENTE O USUARIO
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

16.- ATENDER Y RESOLVER ESTAS CONSULTAS SOBRE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS ES UN SERVICIO FARMACÉUTICO NECESARIO PARA EL SISTEMA SANITARIO
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

17.- LA RESOLUCIÓN DE ESTAS CONSULTAS MEJORA LA SALUD Y/O CALIDAD DE VIDA DE QUIEN LAS SOLICITA
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

18.- RESOLVIENDO ESTAS CONSULTAS SE PREVIENEN, DETECTAN Y/O RESUELVEN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS (PRM) Y/O RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A LA MEDICACIÓN (RNM)?
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

19.- LA OFICINA DE FARMACIA ES EL LUGAR IDÓNEO PARA CONSULTAR SOBRE LOS MEDICAMENTOS
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

20.- SERÍA FACTIBLE PRESTAR EN LA OFICINA DE FARMACIA UN SERVICIO DE CONSULTA FARMACÉUTICA SIMILAR AL QUE PRESTAN OTROS PROFESIONALES SANITARIOS (consulta médica, veterinaria, de enfermería,...)
 Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente En desacuerdo Muy en desacuerdo

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA (tachar una única respuesta):

<input type="checkbox"/> Rural (Menos de 2.500 habitantes)	Tipo de farmacia según facturación anual total:	
<input type="checkbox"/> Rural (Menos de 30.000 habitantes)	<input type="checkbox"/> <300.000€ <input type="checkbox"/> 300.001-600.000€ <input type="checkbox"/> 600.001-900.000€	
<input type="checkbox"/> Urbana (Más de 30.000 habitantes)	<input type="checkbox"/> 900.001-1.200.000€ <input type="checkbox"/> 1.200.001-2.000.000€	
¿Está cerca de un centro sanitario (centro de salud, hospital,...)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

DATOS DE QUIEN RESPONDE (tachar una única respuesta):

Sexo:	Edad:	Modalidad de ejercicio en la farmacia:	Años de ejercicio en farmacia:
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> ≤35	<input type="checkbox"/> Farmacéutico/a Titular/Cotitular	<input type="checkbox"/> ≤5
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> 36-44	<input type="checkbox"/> Farmacéutico/a Adjunto/a	<input type="checkbox"/> 6-15
	<input type="checkbox"/> 45-54	<input type="checkbox"/> Farmacéutico/a Sustituto/a	<input type="checkbox"/> 16-30
	<input type="checkbox"/> 55-64	<input type="checkbox"/> Farmacéutico/a Regente	<input type="checkbox"/> 31-45
	<input type="checkbox"/> 65-69		<input type="checkbox"/> ≥46
	<input type="checkbox"/> ≥70		

Gracias por tu colaboración!!!

Figura 12: Cuestionario para cumplimentar enviado a las farmacias (reverso).

4.1.5 Planificación del estudio.

4.1.5.1 *Plan de trabajo.*

En el mes de junio y en el mes de septiembre de 2011, se envió un sobre a cada una de las 1.210 farmacias de la provincia de Valencia. Conforme el investigador recibió los sobres respuesta con los cuestionarios ya cumplimentados se procedió a su numeración correlativa y a su registro en una hoja de cálculo de Microsoft Excel[®] para su análisis posterior.

4.1.5.2 *Periodo de recogida de datos.*

El período de recogida de datos fue de 6 meses desde el envío de junio y de 6 meses desde el envío de septiembre, finalizando su recogida en el diciembre de 2011.

4.1.6 Análisis estadístico.

Una vez terminado el período de recogida de datos, se realizó una revisión de la matriz de datos para comprobar su calidad. Posteriormente éstos se procesaron utilizando la base de datos Microsoft Access 2010[®] describiéndose las características sociodemográficas de los farmacéuticos y las farmacias participantes. Los resultados de las preguntas del cuestionario se analizaron estadísticamente también mediante Microsoft Access 2010[®].

Para el estudio estadístico se utilizó la prueba de la t de Student para los datos cuantitativos y la prueba de chi cuadrado para los datos cuantitativos, en ambos casos se considera que existe significación estadística cuando $p < 0,05$.

4.2 FASE II: ESTUDIO DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA

4.2.1 Diseño del estudio.

Para alcanzar los objetivos específicos relacionados con la práctica asistencial de esta actividad, se realizó un estudio analítico, de práctica farmacéutica y prospectivo en una farmacia comunitaria de la provincia de Valencia en la que se registraron durante seis meses las CFTIM que demandaron los pacientes y usuarios desde marzo de 2014 hasta el 30 de noviembre del mismo año.

La finalidad de este estudio fue evaluar una relación causal entre la resolución de las CFTIM y una mejora en la salud del paciente para el que se resuelve dicha consulta. En concreto se evaluó el efecto de la intervención farmacéutica (resolviendo las CFTIM) sobre la salud del paciente en la práctica farmacéutica habitual de la farmacia comunitaria.

4.2.2 Población de estudio.

La población diana estuvo constituida por la población valenciana que acudió a la farmacia comunitaria donde se realizó este estudio. Dada la baja frecuencia diaria de CFTIM en las farmacias observada en estudios previos (entre 1 y 6 por farmacia y día), y en la información extraída de los resultados del estudio de la fase I, y con el fin de mejorar la validez interna del estudio, se optó por no realizar muestreo alguno sobre la población de estudio, y tomar como muestra al conjunto de la población de estudio, es decir a todos los pacientes mayores de 16 años que demandaban CFTIM en la farmacia comunitaria indicada.

4.2.3 Farmacias participantes.

Además de la farmacia donde se realizó este estudio y se registraron las CFTIM, también participaron otras farmacias comunitarias. Una de ellas, sita en la ciudad de Valencia participó en el pilotaje previo y ésta y otras tres farmacias más participaron como controles: dos en Valencia (sitas en Valencia ciudad y en L'Ollería) y una en Alicante (sita en Denia), para comparar los resultados obtenidos. La participación de las farmacias en el estudio fue altruista y voluntaria.

4.2.4 Criterios de inclusión y exclusión.

El criterio de inclusión fue las personas mayores de 16 años que acudieron física o telemáticamente (teléfono, correo electrónico, etc) a la farmacia comunitaria en su horario habitual a realizar CFTIM. Es importante mencionar que los medicamentos sobre los que se realizase la consulta no fueran objeto en ese mismo momento de otros servicios como podrían ser la dispensación, indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico, etc para así, de esa manera, diferenciar la consulta del resto de servicios.

Los *criterios de exclusión* son:

- a) Personas menores de 16 años.
- b) Personas mayores de 16 años que acuden o llaman por teléfono a la farmacia comunitaria en su horario habitual y no demanden CFTIM.
- c) Personas que demanden consultas sobre los mismos medicamentos que estén siendo objeto en ese mismo momento del servicio farmacéutico en el que se consulta (dispensación, indicación farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico o algún otro servicio farmacéutico prestado en la farmacia).

4.2.5 Equipamiento e instalaciones, variables y procedimiento utilizado.

4.2.5.1 Equipamiento e instalaciones.

Para la realización de este estudio fue imprescindible que en la farmacia se dispusiera de una serie de recursos tanto en lo que se refiere a instalaciones como a equipamiento. Todas las farmacias que colaboraron en este estudio dispusieron de dichos recursos.

En relación con las instalaciones, la farmacia debía disponer de un lugar donde se atendiese al paciente, que habitualmente suele ser el mostrador, así como de un lugar donde se pudiera atender al paciente de forma privada y confidencial, la llamada zona de AF personalizada (ZAP) (Aguiló, 1999).

En relación con el equipamiento, la farmacia debía además disponer de fuentes de información de calidad que cumpliesen características de: accesibilidad,

fiabilidad, compleción y aplicabilidad (Fernández-Llimós, 1999), así como de un sistema de registro de las CFTIM recibidas. En este sentido, se utilizó una hoja de registro en formato papel que se preparó a partir de una hoja de registro inicial que se modificó tras los resultados del pilotaje previo a la recogida de datos, y a los resultados de la encuesta descrita en la fase I. Esta hoja de registro consistió en una hoja de papel DIN A-4 impresa por una sola cara donde figuraba estructurada en tres bloques la información sobre las CFTIM a registrar. Los tres bloques eran: datos del consultante, datos de la consulta, e impacto clínico de las consultas. El contenido de esta hoja puede observarse en la figura 13.

Para tratar los datos de las CFTIM que se recogieron en las hojas de registro, éstos se incorporaron a través de un formulario, a una base de datos diseñada ad-hoc utilizando Microsoft Access®.

4.2.5.2 Variables.

Las variables utilizadas se correspondieron con los ítems que describían cualitativa y cuantitativamente las CFTIM. Dichas variables tal y como se muestra en la figura 13, se agruparon en los siguientes apartados:

a) Datos del solicitante

Incluyeron las variables del tipo de persona que consultó (paciente, cuidador, representante y profesional sanitario) y si fue extranjero, así como las de los pacientes destinatarios de éstas (sexo, edad y si es extranjero). Los solicitantes de las CFTIM podían ser los propios pacientes, sus cuidadores (responsables de la administración de los medicamentos de los pacientes), sus representantes (familiares, amigos, conocidos no responsables de la medicación del paciente) y los profesionales sanitarios (responsables de la indicación de la farmacoterapia sobre la que se realizó la consulta). También se registró si el solicitante fue extranjero o no, por la dificultad que podría suponer el idioma en la atención y resolución de las CFTIM.

b) Datos de las propias consultas

Incluyeron la fecha y la hora de la consulta, la forma de solicitud (presencial, telefónica, correo electrónico, otros), el lugar (mostrador, zap, otro) si procede, quién la atendió (técnico o farmacéutico), quién la resolvió (técnico o farmacéutico), la descripción de la consulta, el medicamento/s sobre el que se consultó utilizando para clasificarlo la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC) (BOE, 2003_d), si el solicitante únicamente acudió a consultar, y si no, en qué servicio lo hizo. También incluyeron el número de consultas que realizó el solicitante, si había utilizado el medicamento/s sobre el que consultaba, si requirió conocer información clínica del paciente para su resolución, si se proporcionó información escrita (folleto, informe, anotación en prospecto o en envase, web/email/móvil, u otros), la forma de respuesta (presencial, teléfono, otro, e-mail), la consecuencia/s de la consulta (si procede), qué se hizo si no se resolvía en el momento (citar más tarde, derivar al paciente o nada) y si se resolvía la consulta en opinión del paciente.

Las consultas atendidas fueron aquellas CFTIM demandadas por el solicitante de la consulta, mientras que las consultas resueltas fueron aquellas consultas atendidas respondidas siguiendo un procedimiento y que en opinión del paciente fueron resueltas.

Los motivos de consulta y las fuentes de información utilizadas fueron las mismas que se utilizaron en el estudio de opinión (fase I) de este trabajo para así facilitar su comparación

La consecuencia/s de la consulta estuvo constituida por las intervenciones complementarias que se proporcionaron cuando se resolvió la consulta. Una intervención se define como la actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento del paciente que lo utiliza o de las condiciones de uso, y que tiene como objetivo resolver un PRM/RNM (FORO AF-FC, 2010).

Algunas de estas intervenciones serían:

- Facilitar información.
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar al médico comunicando el PRM/RNM o modificando el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.
- Derivar a otros servicios.

c) Datos del impacto clínico de la consulta (si procede).

Incluyó las variables: Identificación de PRM, su tipo y si se evitó, y la identificación de RNM, su clasificación (en tres categorías de acuerdo con FORO AF-FC: necesidad, efectividad, seguridad) y si se resolvió o previno. En el apartado contiguo “procedimiento utilizado” se explica cómo se identificaron tanto los PRM como los RNM. Una vez identificados, los PRM y los RNM se clasificaron según el listado de PRM y la clasificación de RNM (necesidad, efectividad y seguridad), publicada en el Tercer Consenso de Granada sobre PRM y RNM (Comité de consenso, 2007).

A los PRM se les clasificó como PRM reales y probables dependiendo de si el medicamento objeto de consulta había sido o no utilizado en el momento de la consulta. No se utilizó la denominación “PRM potencial” o “PRM no manifestado” por ser obsoleta una vez publicado dicho consenso.

El tipo de PRM se clasificó utilizando el listado de PRM -no exhaustivo- propuesto por FORO AF-FC y que se muestra a continuación:

- 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.

Dependiendo de si se había podido evitar o no el PRM, se nombró como PRM evitados o no evitados. No obstante, también se registró el RNM que se habría producido al evitar dicho PRM, denominándole como RNM prevenido.

Cuando se dice que un RNM se resolvió quiere decir que o bien se le dio al paciente la información necesaria para que mejorase (por ejemplo, que no se tomase un medicamento, o que se lo tomase, etc), aunque si el paciente no siguió la indicación no mejoró, o bien porque se supo a través del paciente en el mismo día o a los dos o tres siguientes que éste había mejorado (mejora de algún signo, síntoma o medida clínica relacionada con su consulta). No se ha realizado un verdadero seguimiento del paciente que consultó.

Cuando se indicó que el RNM no se había resuelto quería decir que no se pudo resolver en ese momento, y no se sabe que ocurrió posteriormente, y cuál fue el resultado de la intervención/es indicadas en la resolución de la consulta. La gran mayoría de las veces esto fue debido a que se perdió el contacto con al paciente, bien porque se derivó al médico para que éste lo resolviese (modificase, instaurase o retirase algún medicamento) o se indicó al paciente (por ejemplo ante una sospecha de RAM) que había que monitorizarle durante algún tiempo, y no volvió, o porque éste no regresó para indicar si se le resolvió su problema.

HOJA DE REGISTRO DE LAS CONSULTAS DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

-Tachar las casillas que correspondan-

DATOS DEL SOLICITANTE		DATOS DEL PACIENTE DESTINATARIO DE LA CONSULTA	
PERSONA QUE CONSULTA <input type="checkbox"/> EL PROPIO PACIENTE <input type="checkbox"/> ES EXTRANJERO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE DEL PACIENTE (familiar, amigo...) <input type="checkbox"/> CUIDADOR (responsable de la administración de los medic.) <input type="checkbox"/> PROFESIONAL SANITARIO (detallar):		SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer EDAD estimada (años): ____	
DATOS DE LA CONSULTA			
FECHA: HORA:	FORMA DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input type="checkbox"/> TELEFONICA <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> OTRO (detallar):	LUGAR (si procede) <input type="checkbox"/> MOSTRADOR <input type="checkbox"/> ZAP <input type="checkbox"/> OTRO (detallar):	¿QUIEN LA ATIENDE? <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a <input type="checkbox"/> Técnico/a ¿QUIÉN LA RESUELVE? <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a <input type="checkbox"/> Técnico/a
DESCRIPCIÓN DE LA CONSULTA:... MEDICAMENTO/S (CN/NOMBRE):			
¿EL SOLICITANTE ACUDE SOLO A CONSULTAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO → CONSULTA EN OTRO SERVICIO → ¿cuál?:...			
¿CUÁNTAS CONSULTAS REALIZA LA MISMA PERSONA (EN ESE MOMENTO)?:			
¿HA UTILIZADO EL MEDICAMENTO/S SOBRE EL QUE CONSULTA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <small>(es decir: ¿depende de la contestación que reciba el que utilice ese medicamento o q modifique su proceso de su uso?)</small>			
PARA RESOLVERLA ¿SE REQUIERE CONOCER INFORMACION CLINICA (Farmacoterapia, datos clínicos,...) DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI			
SI SE LE DA INFORMACIÓN ESCRITA ¿CUÁL? <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Informe <input type="checkbox"/> Anotación en prospecto o envase <input type="checkbox"/> web/email, móvil <input type="checkbox"/> Otros (detallar):...	FORMA DE RESPUESTA <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input type="checkbox"/> POR TELÉFONO <input type="checkbox"/> OTRO (detallar) <input type="checkbox"/> E-MAIL Detalle de la respuesta: ...	CONSECUENCIA DE LA CONSULTA (SI PROCEDE) <input type="checkbox"/> DISPENSACIÓN C.N.: _____ <input type="checkbox"/> MONITORIZACIÓN <input type="checkbox"/> DERIVACIÓN al médico u otro Prof. <input type="checkbox"/> NOTIFICACIÓN a Farmacovigilancia <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN SANITARIA (incluye medidas higiénico-dietéticas) <input type="checkbox"/> OTROS SERVICIOS Detallar:..	SI NO SE HA RESUELTO EN EL MOMENTO, ¿QUÉ SE HACE? <input type="checkbox"/> Citar al paciente más tarde (mientras busco/consulto la respuesta. Telf.....) <input type="checkbox"/> Derivar al paciente a otro profesional sanitario <input type="checkbox"/> Nada (decirle que no se la podemos/sabemos responder
CLASIFICACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA		FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADA	
<input type="checkbox"/> Identificación del medicamento. <input type="checkbox"/> Composición, presentación y forma farmacéutica <input type="checkbox"/> Acción, efecto, propiedades, actividad o indicación. <input type="checkbox"/> Interacciones. <input type="checkbox"/> Efectos adversos (RAM). <input type="checkbox"/> Instrucciones de uso: Posología, Duración tratamiento. <input type="checkbox"/> Instrucciones de manejo, preparación y/o administración <input type="checkbox"/> Contraindicaciones, precauciones y advertencias especiales <input type="checkbox"/> Conservación, validez, caducidad y eliminación <input type="checkbox"/> Sobredosificación, olvido en la toma, accidente <input type="checkbox"/> Segunda opinión <input type="checkbox"/> Otra (detallar):...	<input type="checkbox"/> Conocimientos propios (ninguna) <input type="checkbox"/> Bot plus o Catálogo de medicamentos <input type="checkbox"/> Centro de Información de Medicamentos (CIM) <input type="checkbox"/> Información del laboratorio (Ficha técnica, prospecto, página web, delegados...) <input type="checkbox"/> Revistas y/o Libros <input type="checkbox"/> Apuntes de cursos o asignaturas <input type="checkbox"/> Bases de datos de internet (Medline, Cochrane...) <input type="checkbox"/> Otra (detallar):...		
EN OPINIÓN DEL PACIENTE ¿SE RESUELVE LA CONSULTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
TIEMPO UTILIZADO aprox.: ____ minutos			
IMPACTO CLÍNICO DE LA CONSULTA, SI PROCEDE (PRM / RNM DETECTADOS O SOSPECHAS)			
<input type="checkbox"/> PRM IDENTIFICADO → Descripción breve si procede:... <input type="checkbox"/> PRM EVITADO → Tipo de PRM:			
<input type="checkbox"/> Administración errónea del medicamento <input type="checkbox"/> Dosis, pauta y/o duración no adecuada <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Probabilidad de efectos adversos <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> Características personales <input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones	<input type="checkbox"/> Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Incumplimiento <input type="checkbox"/> Otros:.....	<input type="checkbox"/> Problema de salud insuficientemente tratado
<input type="checkbox"/> RNM IDENTIFICADO → Descripción breve si procede:... Tipo de RNM: <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Efectividad <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> RNM RESUELTO <input type="checkbox"/> RNM PREVENIDO			
PRM=CAUSA DE RNM RNM=RESULTADO NEGATIVOS EN SALUD ASOCIADOS AL USO DE LOS MEDICAMENTOS			

Figura 13. Hoja de registro de las CFTIM.

Sobre este último apartado, y dada su enorme importancia en cuanto a que es el que intenta dar respuesta a uno de los objetivos del estudio “Conocer y evaluar el impacto de la atención y resolución de las CFTIM en la Farmacia Comunitaria sobre la salud de los pacientes destinatarios de las consultas, medida en términos de PRM y RNM evitados y/o resueltos por las intervenciones derivadas de dicha actividad”, conviene detenerse para justificar el uso de estas variables.

En puridad, para demostrar la relación causa-efecto entre la resolución de estas consultas y la mejora en la salud de los pacientes que las demandan, sería necesario medir la variable “salud” antes y después de la atención y resolución de dichas consultas. Sin embargo, y dejando de lado el tipo de estudio necesario y sus problemas éticos, esta medición entrañaría varias dificultades: poder realizar directamente la medición de la salud de los pacientes que consultan, asignar valores a una variable subjetiva como es la salud y así poder comparar entre éstos. Y por último, medir la salud en toda su extensión, teniendo en cuenta su actual dimensión integral. Estas dificultades eran inasumibles para su estudio en la práctica farmacéutica habitual de la farmacia comunitaria.

Para poder alcanzar este objetivo se enmarcó la medición de la salud en el ámbito de un tratamiento farmacológico. Como se sabe, los medicamentos tienen propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos (BOE, 2015) y su utilización ha conseguido evitar la mayoría de las causas de las muertes prematuras, además de poder controlar enfermedades y aliviar sus síntomas, por lo que se puede afirmar que en muchas ocasiones los medicamentos mejoran la salud de las personas. Sin embargo, no siempre es así, y no siempre consiguen resultados positivos en la salud de los pacientes, sino que en ocasiones la farmacoterapia falla, provocando daños adicionales y no consiguiéndose los objetivos terapéuticos buscados, por lo que no mejoran la salud del paciente o incluso pueden empeorarla.

Estos daños adicionales o resultados no adecuados, son problemas de salud y pueden ser utilizadas como medidas de resultados clínicos y, por tanto, permiten

medir cambios en el estado de salud de los pacientes (Badía y Bigorra, 2000), y por extensión, también podrán usarse como medida de resultados clínicos negativos. Además frecuentemente, 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 sentido a estos “resultados no adecuados” se les llama resultados negativos asociados al uso de medicamentos o de forma abreviada, Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) y fueron definidos como “*los resultados en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al uso de medicamentos*” (FORO-AF, 2006).

Para su identificación y prevención, resulta clave corregir las causas de éstos. A las “*situaciones que en el proceso del uso de un medicamentos causan o pueden causar la aparición de un RNM*” se les denomina Problemas Relacionados con los medicamentos (PRM) (FORO-AF, 2006). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM, por ello la identificación y resolución de PRM evitarán y/o prevendrán la aparición de RNM.

Los PRM son problemas relacionados con el proceso de uso de medicamentos, la consecuencia del uso de la farmacoterapia y tienen lugar antes de producirse el resultado terapéutico, mientras que los RNM son los problemas ocasionados en la salud de los pacientes cuando su uso ha conducido a un resultado no esperado o no deseado. Por todo lo expuesto, si en la resolución de las CFTIM se identifican y resuelven PRM, se podrán evitar y/o prevenir la aparición de RNM.

La gran mayoría de los PRM están relacionados con el conocimiento que tiene un paciente sobre su medicamento. Si el paciente o su cuidador no tienen la información correcta de cada uno de los aspectos mínimos para el uso del medicamento (indicación, posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento) podrán no utilizar de manera adecuada el medicamento,

pudiendo originarse RNM. De nada sirve que se haya realizado a la perfección todos los procesos y subprocesos de atención al paciente (diagnóstico, prescripción y dispensación del medicamento), si el paciente no conoce el medicamento, pues aumentan las probabilidades de que no se alcance el objetivo terapéutico, con la consiguiente aparición de resultados negativos en salud y de las pérdidas económicas asociadas.

En las últimas décadas en varios estudios se ha medido el conocimiento específico de grupos concretos de pacientes sobre determinados grupos terapéuticos poniéndose de manifiesto el desconocimiento de éstos acerca de sus tratamientos farmacológicos, resultando que más de la mitad de los pacientes estudiados no conocen el medicamento que utilizan (García, 2014). Esta es la razón por la que la mayoría de los motivos de consulta utilizados en la caracterización de las CFTIM coinciden con los aspectos mínimos que el paciente ha de conocer para el uso correcto del medicamento.

Por tanto, de una forma indirecta, la evitación o prevención de RNM, permite medir el impacto de la resolución de las CFTIM sobre la salud de sus demandantes. Por otro lado, en la identificación de RNM es necesario distinguir entre los RNM propiamente dichos o “RNM manifestados” corresponden a problemas de salud que son identificables por la presencia de algún signo, síntoma o medida clínica que se aleja del valor considerado como normal (no cumple con los objetivos terapéuticos establecidos para el paciente); y aquellos RNM que no se corresponden o aún no se corresponden con problemas de salud, que no pueden ser identificados debido a la ausencia de signos, síntomas o medidas clínicas que permitan confirmar su existencia, pero que según la evaluación de la situación clínica concreta del paciente, muestran una probabilidad alta de presentación, se les llama “RNM no manifestados”.

Sin embargo, cuando en ocasiones se identifica una situación en que el paciente está en riesgo de sufrir un RNM, generalmente por la existencia de uno o más

PRM a los que se les puede considerar como factores de riesgo de ese RNM, se considera que existe una sospecha de RNM.

Por esta razón se tomó como variable dependiente la identificación, resolución y/o prevención de PRM y RNM ya que ambos conceptos relacionan directa o indirectamente el uso de los medicamentos con los resultados obtenidos en la salud del paciente. La variable independiente será la resolución de CFTIM por el personal de la farmacia a los pacientes que la demanden, es decir, la intervención sobre el desconocimiento por el paciente de información necesaria para el proceso de uso de sus medicamentos.

En resumen, los medicamentos tienen como fin el diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas de salud de los pacientes que los utilizan. Su utilización es normalmente fruto de una evaluación riesgo-beneficio sobre una determinada indicación realizada por el paciente o por un profesional sanitario y durante el proceso de uso de los medicamentos pueden no conseguirse los resultados en salud del paciente a pesar de su utilización. Este hecho viene determinado por la identificación -si es posible- de RNM y por tanto de su posible resolución, sin embargo, cuando su identificación no es posible a veces es posible identificar sus causas (PRM), por lo que también se pueden prevenir los RNM, resolviendo los PRM que los puedan causar. Estos PRM y/o RNM no mejoran o empeoran la salud de los pacientes que los utilizan -precisamente con el fin de mejorarla-, y pueden ser detectados durante la atención y resolución de CFTIM, lo que puede permitir prevenirlos -si no se han producido-, o identificarlos y subsanarlos, o tratarlos. Por esta razón, para conocer y analizar la repercusión/impacto de la resolución de las CFTIM sobre la salud de los pacientes y usuarios que las demandan se utilizó como variable de medida del impacto en la mejora de la salud de éstos la identificación, resolución y/o prevención de PRM y/o RNM.

4.2.5.3 Procedimiento utilizado.

En la atención y resolución de las CFTIM demandadas se siguieron los siguientes pasos: recepción de la consulta, búsqueda de la información, análisis de la información y respuesta.

Un esquema gráfico del procedimiento utilizado se muestra en la figura 14

1. Recepción de la consulta.

Una vez el solicitante demandaba una consulta que podía ser una CFTIM, se registraba la actividad desde la que se atendía, la fecha y hora, el tipo de solicitante, y la edad y el sexo del paciente a quien iba dirigida. A través de la entrevista con el solicitante se identificaba el motivo de consulta, clasificando si procedía la consulta, como una CFTIM. Además se obtenían y registraban los datos del paciente para el que se solicitaba la consulta. En este momento era básico determinar cuál era la pregunta del solicitante.

2. Búsqueda de la información.

Una vez conocida la CFTIM se decidía si se podía/sabía responder/resolver o era necesario buscar la información para responderla o pedir ayuda para resolverla. Si se podía responder, se clasificó como preventiva o verificativa. Las consultas preventivas son aquellas en las que se pregunta sobre qué hacer ante una situación/acción relacionada con el medicamento cuando ésta todavía no se ha producido. Permiten advertir al solicitante, prever y evitar un daño o perjuicio. Suelen llevar en su enunciado el verbo "poder". Las consultas verificativas son aquellas en las que se pregunta, bien para confirmar una situación que ya se ha producido relacionada con los medicamentos, o bien para conocer una información sobre éstos. Por ejemplo, cuando la pregunta es para confirmar el efecto adverso de un medicamento. Por ello, preguntándose si lo que se consulta, se ha producido/utilizado ya, se puede diferenciar entre un tipo de consulta u otro.

3. Análisis de la información.

Una vez recopilada la información obtenida de las fuentes de información consultadas se procedía a su análisis. Bien a través de la entrevista, durante el análisis de la información o tras la respuesta, era posible detectar PRM o RNM.

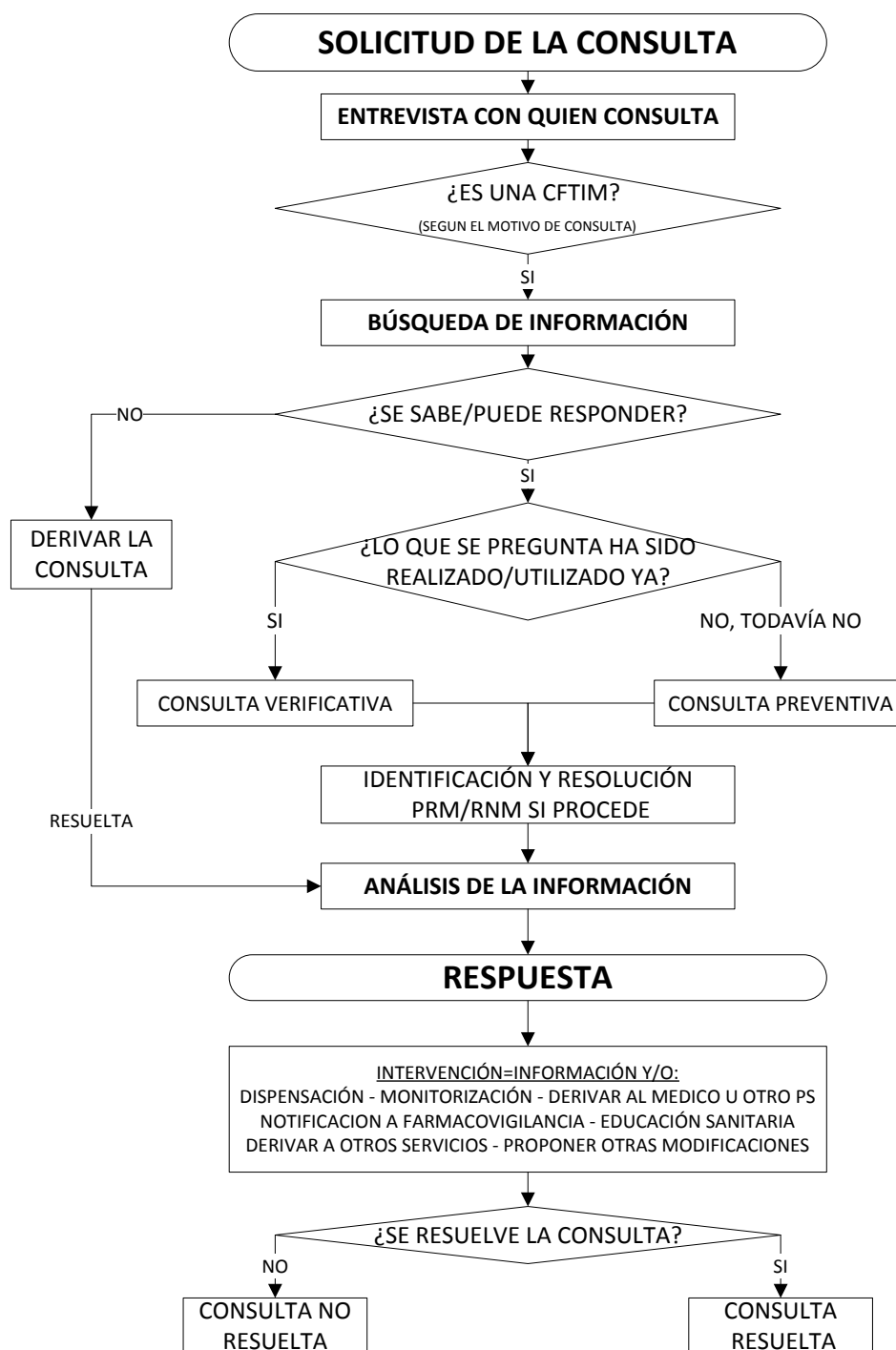


Figura 14. Diagrama de flujo del procedimiento utilizado en la atención y resolución de CFTIM.

4. Detección de PRM/RNM, si procede.

A lo largo de este proceso fue importante diferenciar entre los problemas o resultados que se identificaron y la pregunta del solicitante, ya que no tienen por qué ser lo mismo. En muchas ocasiones en la entrevista se detectaron PRM/RNM que sin embargo no tuvieron relación con la pregunta que formuló el paciente. La identificación de PRM y RNM se realizó siguiendo el esquema de la figura 15.

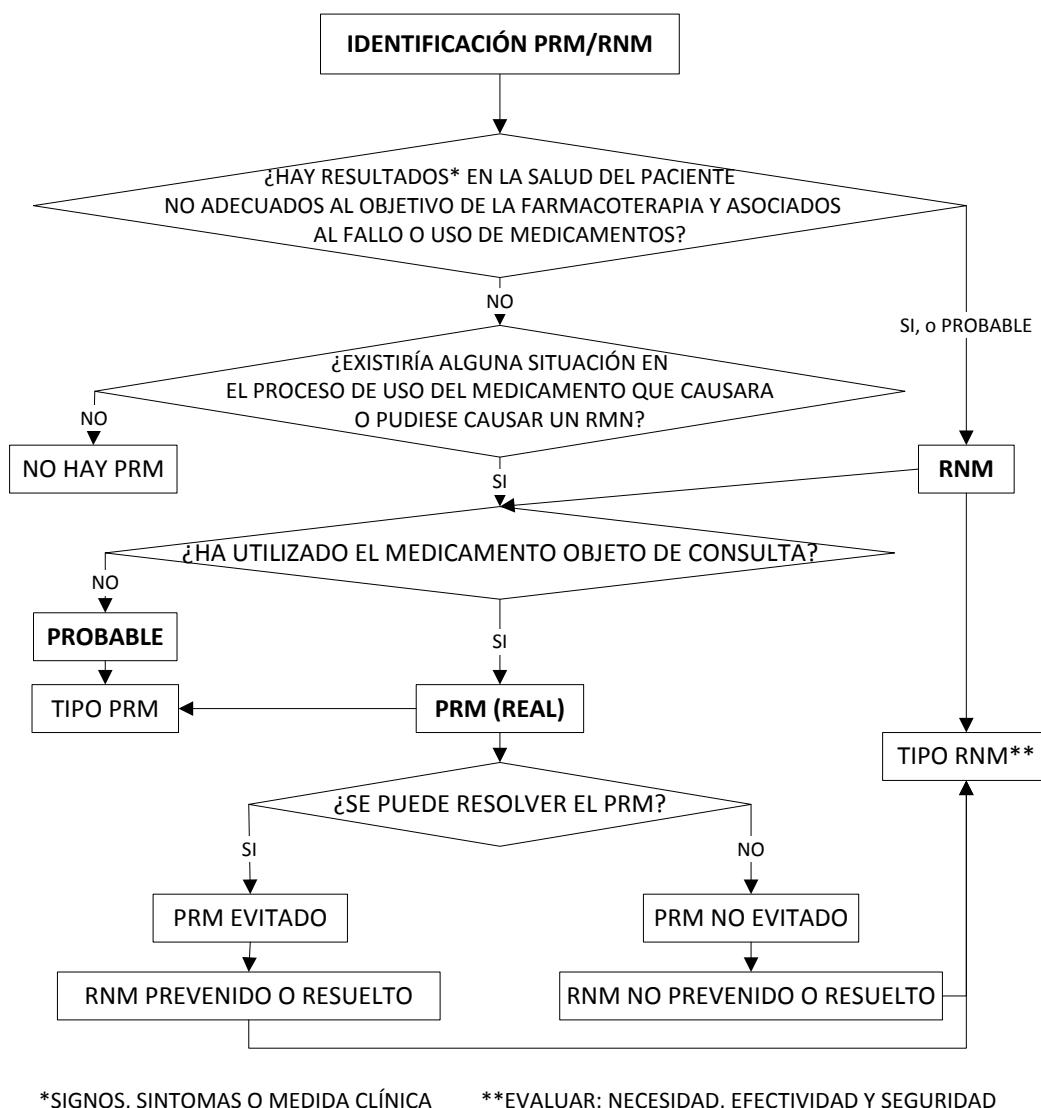


Figura 15. Proceso de identificación de PRM y RNM

Se identificó si había resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al fallo o uso de medicamentos (RNM). Si fue así se registró el tipo, y si no, se indagó sobre si existía alguna situación en el

proceso de uso del medicamento que causase o pudiese causar un RNM. Si la respuesta era afirmativa, y se había utilizado el medicamentos a los PRM detectados se les llamó PRM reales, mientras que si todavía no había sido utilizado el medicamento se les denominó como PRM probables.

Cuando se identificaron los RNM además se registró si estaban relacionados con la necesidad, efectividad o seguridad del medicamento y se detectaron los PRM que los causaron para, de este modo, si era posible, evitarlos y así resolverlos. Dependiendo de si se pudieron resolver o no se les llamó RNM resueltos o RNM no resueltos. Si por el contrario, en lugar de identificar RNM, se identificaron PRM (reales o probables) se clasificaron y se intentaron evitar para que no se produjese un RNM. Dependiendo de si se pudieron evitar o no se les llamó PRM evitados o no evitados. No obstante, también se registró el RNM que se habría podido producir al evitar dicho PRM, denominándole como RNM prevenido.

En la figura 16 se muestra una imagen con los pasos que se siguen y la terminología que se utiliza.

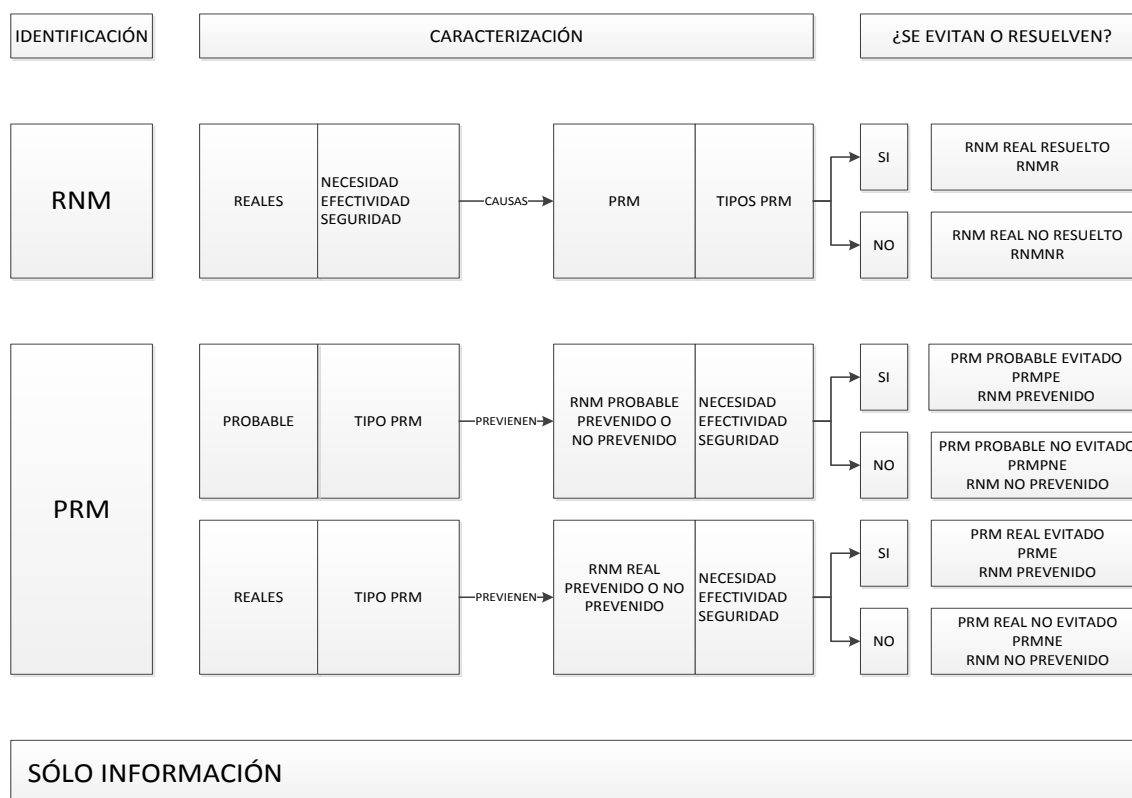


Figura 16. Caracterización y nomenclatura de PRM y RNM utilizada.

5. Respuesta.

Una vez analizada la información se respondió la consulta. Las respuestas de las CFTIM conllevaron –como su nombre indica- información sobre los medicamentos sobre los que se consultó, por lo que a menudo la información transmitida en la propia respuesta constituyó una intervención farmacéutica en sí misma, previniendo, evitando o resolviendo, los RNM y/o PRM identificados, si bien, en otras ocasiones la respuesta a la consulta llevó consigo una o más intervenciones complementarias a realizar para prevenirlos, evitarlos o resolverlos. A veces en una misma consulta aparecieron más de un PRM, por ejemplo, cuando el paciente pregunta si el problema de salud o síntoma que presenta puede ser debido a un efecto adverso de un medicamento y además consulta si puede tomar otro medicamentos adicional a su tratamiento habitual para tratarlo y resulta que cuando se analiza la respuesta se observa que este nuevo medicamentos puede provocarle un PRM como podría ser una interacción.

6. Resolución.

Tras proporcionar la respuesta se le preguntó al paciente si se le había resuelto la consulta, registrándose su opinión.

7. Registro.

La evidencia del proceso asistencial de esta actividad estuvo constituida por la hoja de registro correspondiente ya mencionada.

4.2.6 Planificación del estudio.

4.2.6.1 *Pilotaje.*

Previamente a la realización del estudio y con el fin de pilotar el estudio, se solicitó la colaboración altruista y voluntaria de una farmacia de la ciudad de Valencia. En octubre de 2013 se llevó a cabo un pilotaje de 15 días de duración en dicha farmacia así como en la farmacia en la que finalmente se llevó a cabo el estudio.

4.2.6.2 Período de recogida de datos.

Con la experiencia adquirida en el estudio piloto, se llevó a cabo el presente estudio durante el año 2014 en una farmacia comunitaria de Mislata (Valencia). La recogida de datos se realizó desde el 1 de marzo de 2014 hasta el 30 de noviembre del mismo año, exceptuando los meses de julio, agosto y septiembre, así como los sábados, domingos y festivos. El periodo de recogida fue de 6 meses (marzo, abril, mayo, junio, octubre y noviembre). La recogida de las consultas se realizó aleatorizando las mañanas y las tardes de dichos meses mediante números aleatorios. Con dichos números se asignó a cada mes o bien “mañana” o bien “tarde”, resultando que los meses en los que se recogieron las consultas por las mañanas fueron: marzo y octubre, y por las tardes, el resto.

El horario habitual de apertura de la farmacia fue de lunes a viernes por las mañanas de 9.00 a 14.00 horas, es decir de cinco horas, y por las tardes de 17.00 a 20.30 horas, es decir de tres horas y media.

Conforme el investigador registraba las CFTIM cumplimentadas en la hoja de registro mencionada, iba procediendo a su numeración correlativa y a su registro a través del formulario en la base de datos de Microsoft Access®.

4.2.6.3 Control externo.

En julio de 2015, con el fin de contrastar los resultados obtenidos en la farmacia comunitaria en la que se realizó el estudio, se solicitó la colaboración altruista y voluntaria de cuatro farmacias de la comunidad valenciana tal y como se ha indicado anteriormente en el apartado “farmacias participantes”.

A los farmacéuticos titulares de éstas se les envió en julio de 2015 un correo electrónico, agradeciéndoles su disponibilidad en colaborar, explicándoles el objetivo del estudio a realizar, así como enviándoles la hoja de recogida, la base de datos con el formulario de registro para registrar las CFTIM y ejemplos de CIMFT para su mejor entendimiento.

En estas farmacias se registraron durante una semana las CFTIM atendidas en su horario habitual de apertura (excluyendo sábados y domingos). En septiembre de 2015 el investigador se puso en contacto con dichas farmacias para recoger los registros obtenidos.

4.2.7 Análisis estadístico.

Una vez terminado el período de recogida de datos, se realizó una revisión de la matriz de datos para comprobar su calidad. Posteriormente los datos se procesaron utilizando la base de datos Microsoft Access 2010[®] para su análisis posterior a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel[®]. El análisis e interpretación de los resultados se efectuó también con la ayuda de un paquete estadístico estándar.

Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las cuantitativas como medias con sus desviaciones estándar. Para el estudio estadístico se utilizó la prueba de la t de Student para los datos cuantitativos y la prueba de chi cuadrado para los datos cuantitativos, en ambos casos se consideró que existía significación estadística cuando $p < 0,05$.

4.3 **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

Ambos estudios se han realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales.

4.3.1 Consideraciones éticas.

En relación al respeto a las consideraciones éticas, no siempre lo científicamente aceptable es éticamente aceptable. Entre las incorporaciones más relevantes que se han realizado sobre la última revisión de la Declaración de Helsinki se encuentra el refuerzo del derecho de los participantes en una investigación a disponer del mejor tratamiento disponible probado, incluso si es un integrante del

grupo control, de manera que el uso de placebo debe limitarse a los casos en que no haya ningún tratamiento disponible para la situación que se va a investigar (Declaración Helsinki, 2013).

Por esta razón y de acuerdo con los principios éticos básicos del Informe Belmont, como son el principio de maleficencia y beneficencia, privar a los pacientes de la información farmacoterapéutica sobre medicamentos que estos demandan puede suponer un quebranto de dichos principios. El principio de la no maleficencia obliga a no infligir daño a los participantes en el estudio, ya que su protección es más importante que la búsqueda de nuevo conocimiento o el interés personal o profesional en el estudio. Por otro lado, el principio de la beneficencia supone procurar favorecer a los sujetos de la investigación, no exponiéndolos a daños y asegurando su bienestar. Los riesgos e incomodidades para las personas participantes deben compararse con los posibles beneficios y la importancia del conocimiento que se espera obtener, de manera que la relación sea favorable (Informe Belmont, 1979). En respeto a dichos principios, en el estudio de la fase II no se puede privar a los pacientes de la información farmacoterapéutica que estos demandan a través de las CFTIM, máxime cuando el estudio trata de establecer el impacto de su resolución sobre la salud del paciente sobre el que se consulta. Por estas razones no se ha realizado este estudio con la intervención de un grupo control, y se ha realizado a su fin un control externo.

4.3.2 Consideraciones legales.

En cuanto al respeto de los requerimientos legales, en el desarrollo de ambos estudios, también se respeta la normativa legal vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que -de acuerdo con dicha legislación- son datos de carácter personal cualquier información concerniente a personas físicas identificadas (se sabe a qué persona pertenece el dato) e identificables (no se sabe a quién pertenece el dato, pero se podría averiguar sin muchos esfuerzos).

En este sentido, en el estudio de la fase II, para dar cumplimiento al derecho de información, no es suficiente una mera información verbal al interesado. De acuerdo con las recomendaciones del MICOE, la Agencia de Protección de datos ha venido considerando suficiente el cumplimiento del deber de información mediante la existencia de un cartel anunciador (figura 17) siempre que el mismo resulte claramente visible por parte del afectado, quedando así garantizado que el mismo ha podido tener perfecto conocimiento de la información exigible.

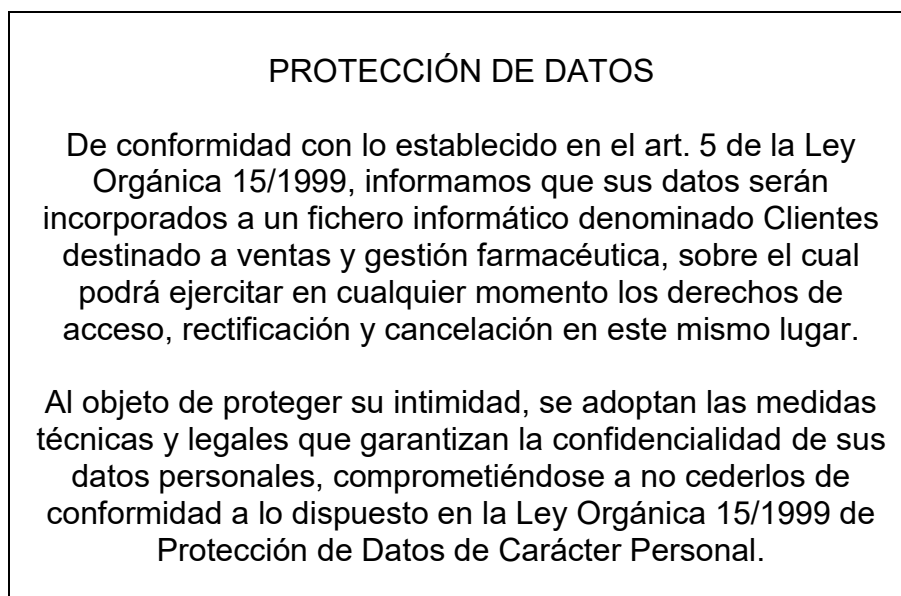


Figura 17. Cartel anunciador expuesto en las farmacias para cumplir la normativa legal vigente en materia de protección de datos.

No obstante, y con el fin de informar pormenorizadamente al paciente de la realización del estudio se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

1. *Petición del consentimiento:* Tras la resolución de la CFTIM al solicitante, se le pide el consentimiento informado verbal para registrar los datos de la consulta realizada. El consentimiento informado no se pide por escrito precisamente para mantener su anonimato y evitar disponer de sus datos personales identificativos. En particular, se les pregunta si desean colaborar voluntariamente en un estudio cuyo objetivo es estudiar las consultas -como la que acaba de realizar- que los pacientes realizan en la

farmacia sobre información de los medicamentos, y que consiste en registrar estas consultas de forma anónima. Sólo en caso de respuesta positiva del solicitante, se registran los datos de la consulta recién realizada.

2. *Anonimización de los registros:* Todos los datos obtenidos son anónimos, no se registra ningún dato personal del paciente que pudiera identificarle.
3. *Custodia de la documentación:* Las hojas de registro recogidas en ambos estudios fueron custodiadas por el autor de este trabajo y accesibles únicamente para éste durante todo el estudio. Tanto la base de datos como la hoja de cálculo utilizados para el análisis posterior de los datos fueron igualmente custodiadas por el autor de este trabajo, si bien fueron accesibles también para los directores de este trabajo de investigación.

Este estudio fue previamente evaluado y aprobado por la comisión de investigación de la Universidad Cardenal Herrera-CEU.

METODOLOGÍA

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO DE OPINIÓN (FASE I)

5.1.1 Tasa de respuesta, número de consultas y frecuencia para consultar.

De los 1.207 cuestionarios enviados, se recibieron contestados 222, siendo la tasa de respuesta del cuestionario del 18,4% (IC 95%; 16,2 % - 20,6 %).

En la figura 18 se muestran los cuestionarios enviados y recibidos de todas las farmacias de la provincia de Valencia diferenciando entre las farmacias de Valencia capital y las del resto de la provincia.

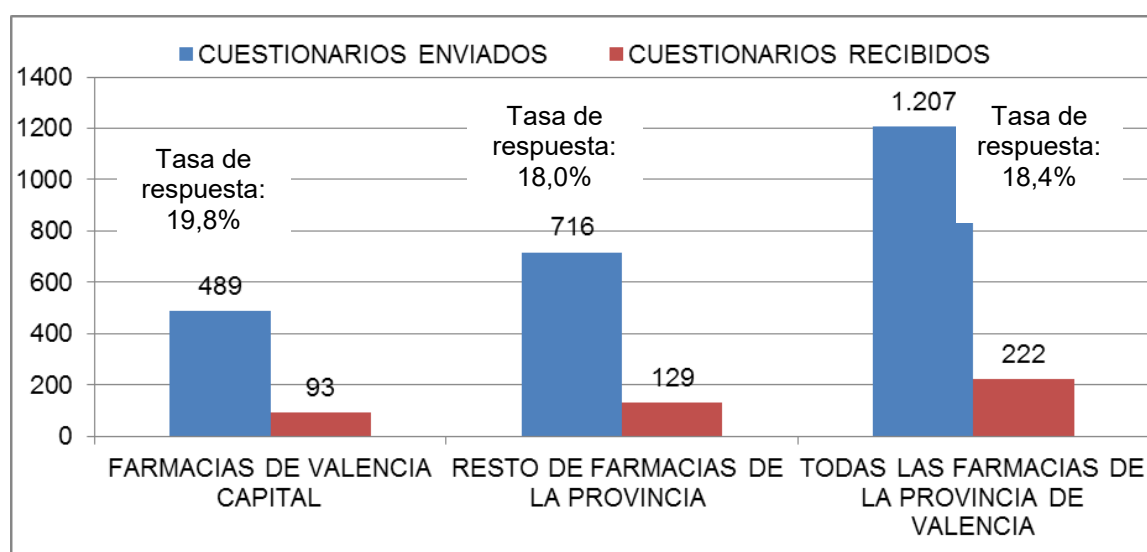


Figura 18. Cuestionarios enviados y recibidos de las farmacias de la provincia de Valencia.

El 99,1% (IC 95%; 97,9% - 100%) de los farmacéuticos comunitarios encuestados afirmó recibir diariamente en su farmacia CFTIM sobre medicamentos que no se estuvieran dispensando en ese momento, es decir, recibir CFTIM de las personas que acudían únicamente a la farmacia a consultar.

El número medio de consultas diarias que refirieron fue muy variable y se detalla en la figura 19, siendo la media 9,8 DE 9,7 el intervalo modal de 4-9 CFTIM diarias, y la moda 5,1. El 87,0% de las opiniones refieren una incidencia diaria entre “menos de 3” y “20” CFTIM.

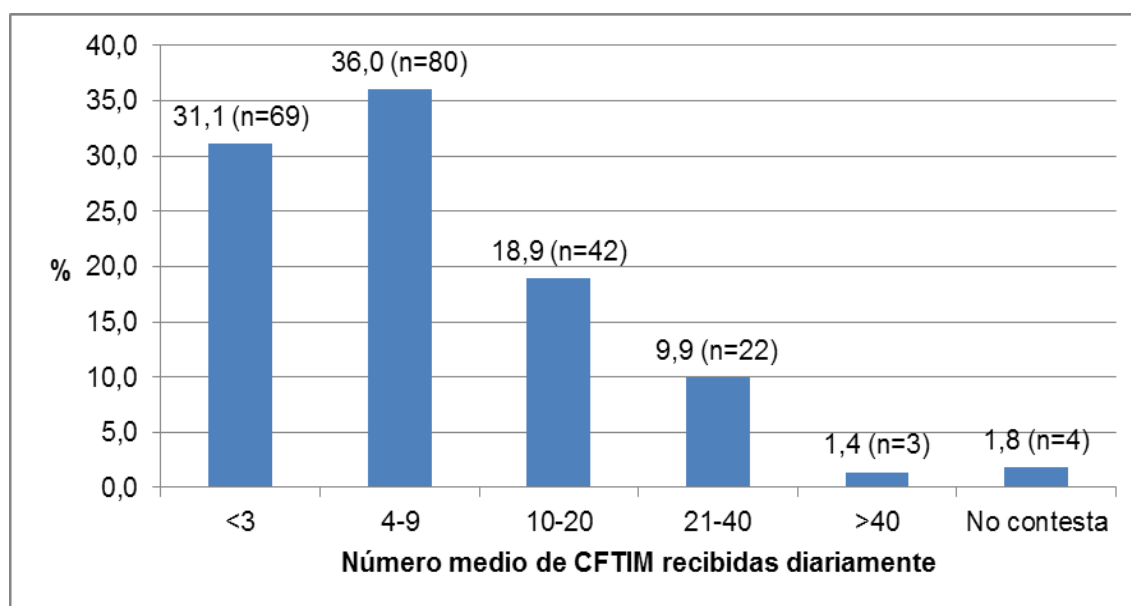


Figura 19. Número medio de CFTIM diarias recibidas en la farmacia según la opinión de los farmacéuticos comunitarios encuestados.

Para complementar la información anterior, cuando se les preguntó a los farmacéuticos comunitarios con qué frecuencia el paciente acudía diariamente a la farmacia sólo a consultar sobre medicamentos, los resultados no fueron concluyentes, ya que casi la mitad de ellos (39,1%) opinan que dicha frecuencia es menor del 10%, sin embargo, un poco más de la mitad de ellos (55,5%) opinó que era mayor del 25%, aunque con diferentes frecuencias tal y como se observa en la figura 20. La media fue 23,1% DE 22,7 y la moda 8,6.

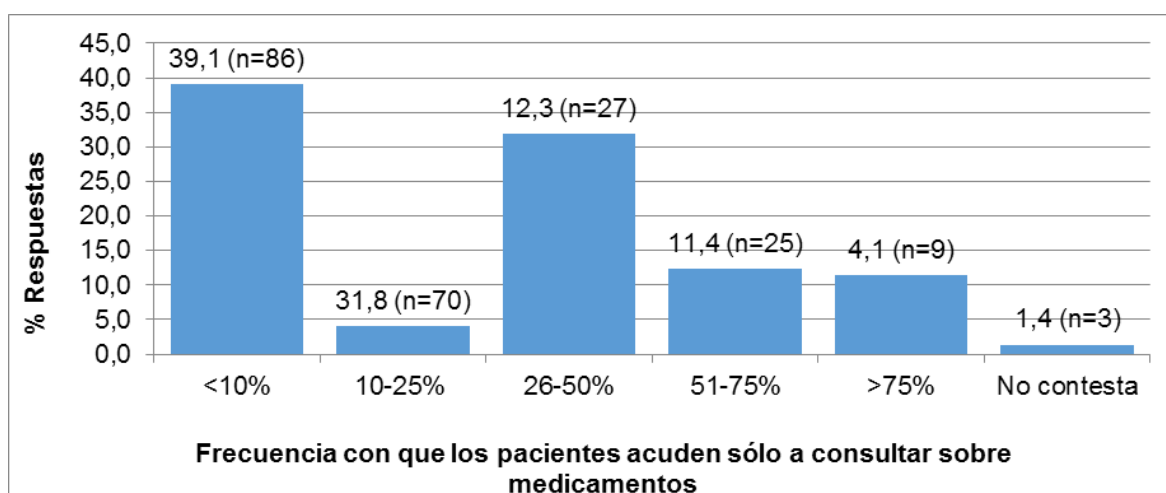


Figura 20. Frecuencia con la que el paciente acude a la farmacia únicamente a realizar CFTIM.

5.1.2 Descripción de la población estudiada.

5.1.2.1 Edad, sexo, modalidad y años de ejercicio profesional de los farmacéuticos.

El cuestionario del estudio fue cumplimentado por 222 farmacéuticos comunitarios. Si se asume que todos ellos eran colegiados del MICOF en la modalidad de farmacia comunitaria (censados en 2.208 farmacéuticos), la participación de los farmacéuticos colegiados bajo dicha modalidad de ejercicio profesional, fue del 10,1% (IC 95%; 8,8 % - 11,3 %). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad y sexo de los farmacéuticos encuestados y los farmacéuticos colegiados en dicha modalidad ($p < 0,001$).

De los 222 farmacéuticos comunitarios que respondieron el cuestionario, el 59,3% ($n=131$) (IC 95%; 52,5% - 65,5%) fueron mujeres de mediana edad (45-54 años).

La distribución por grupos de edad y sexo de dichos farmacéuticos se expone en la figura 21.

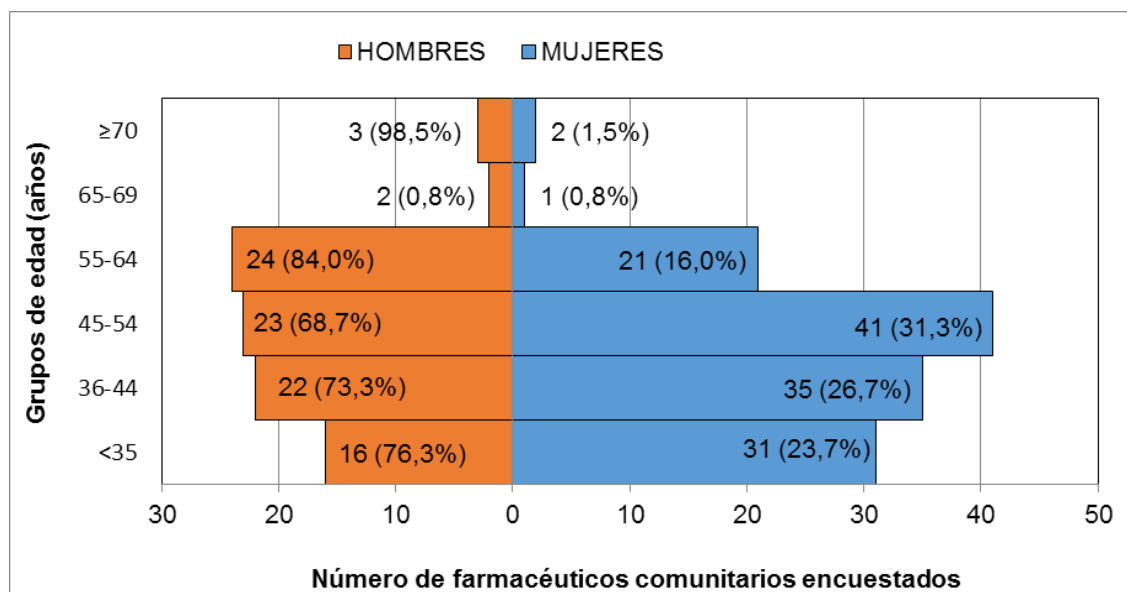


Figura 21. Distribución por grupos de edad y sexo de los farmacéuticos encuestados.

Los farmacéuticos que respondieron el cuestionario fueron en su mayoría farmacéuticos titulares o cotitulares 72,9% (IC 95%; 67,1% - 78,8%) seguidos de

los farmacéuticos adjuntos 23,5% (IC 95%; 17,8% - 28,9%), farmacéuticos sustitutos 1,8% (IC 95%; 0,05% - 03,5%) y por último farmacéuticos regentes 0,5% (IC 95%; 0 - 1,3%).

En la figura 22 se muestra el detalle de los años de ejercicio profesional de cada modalidad de ejercicio profesional, siendo el más numeroso el colectivo de los farmacéuticos titulares/cotitulares con 16-30 años de ejercicio.

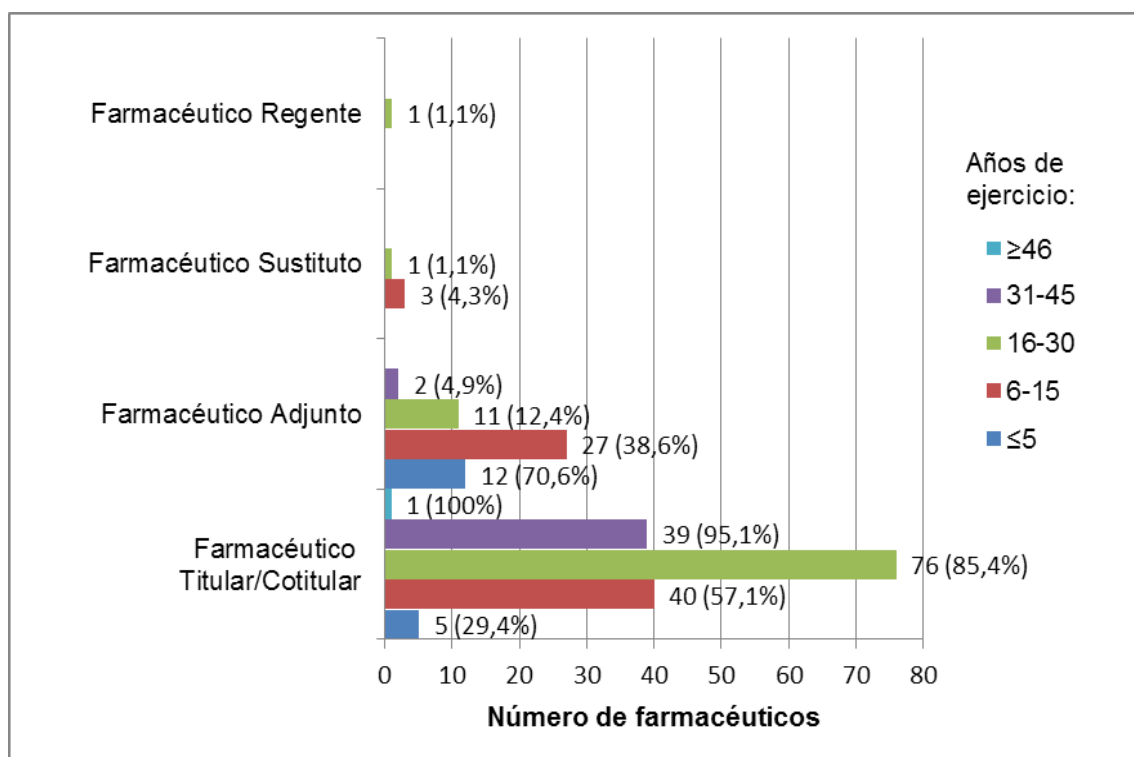


Figura 22. Modalidad de ejercicio en la farmacia comunitaria de los farmacéuticos participantes en función de sus años de ejercicio profesional.

5.1.2.2 Características de las farmacias comunitarias.

Las farmacias en las que trabajaban los farmacéuticos comunitarios que cumplimentaron el cuestionario fueron mayoritariamente urbanas 62,2% (IC 95%; 55,8% - 68,5%) y de facturación media-baja -300.000 y 600.000€- 31,5% (IC 95%; 25,4% - 37,6%). En la figura 23 se muestran las farmacias en función de su tipología y su facturación. Un 40,9% (IC 95%; 27,9% - 40,4%) de las farmacias se encuentran cerca de un centro sanitario (centro de salud, hospital, etc).

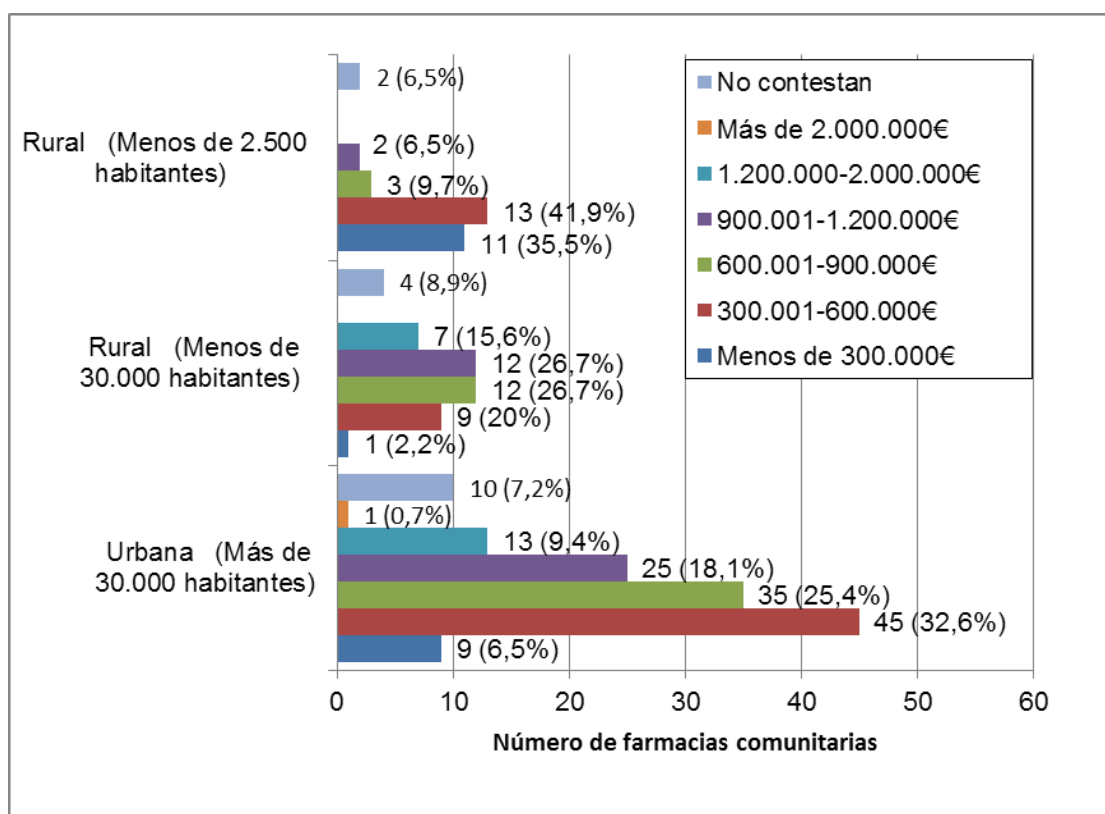


Figura 23. Farmacias participantes según su tipología y volumen de facturación.

5.1.3 Atención y resolución de las consultas: lugar, personal, horario, tiempo utilizado, registro y retribución.

Según la mayoría de los farmacéuticos encuestados las CFTIM se atienden y resuelven en el mismo lugar de la farmacia, que suele ser el mostrador, aunque un 11,4% de los encuestados dicen atenderlas en diferente lugar a donde se resuelven.

El farmacéutico es quien resuelve de forma mayoritaria las CFTIM (79,8%), si bien el personal auxiliar también resuelve algunas de ellas (15%) y otras son resueltas entre ambos profesionales (5,3%). En este sentido, el 74,5% (IC 95%; 68,8 % - 80,3 %) de los farmacéuticos indica que entre el personal de la farmacia existe algún tipo de protocolización interna o derivación para responderlas.

El 96,3% (IC 95%; 93,9 % - 98,8 %) de los farmacéuticos afirmaron no establecer ningún tipo de horario para la realización de esta actividad, y el 93,6% (IC 95%; 90,4% - 96,9%) declaró que no registraba las CFTIM. De los catorce farmacéuticos que dijeron registrarlas, cuatro indicaron realizarlo en soporte informático, cinco sólo en papel y el resto de forma compartida entre ambos soportes.

Sobre el tiempo medio que les ocupaba resolver una CFTIM no hubo una respuesta mayoritaria, tal y como puede apreciarse en la figura 24. Sin embargo, aunando sus opiniones mayoritarias, la opinión del 81,9% (IC 95%; 76,7% - 86,9%) de los farmacéuticos fue que el tiempo medio estimado en resolver una CFTIM estaba comprendida entre los tres y los diez minutos.

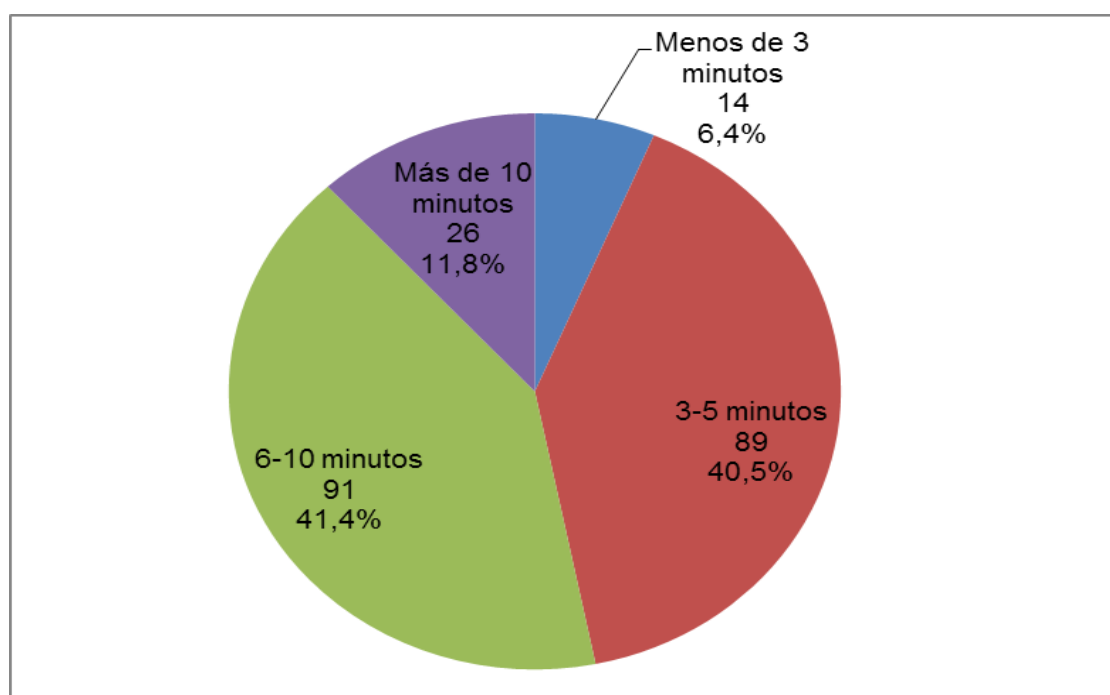


Figura 24. Tiempo medio utilizado para resolver una CFTIM.

Ningún farmacéutico manifestó cobrar las consultas. Cuando se les preguntó por las razones por las que no las cobraban, la razón que mayoritariamente eligieron como primera opción y que tuvo mayor valoración media -tal y como muestra la figura 25- fue: "Porque nunca me lo había planteado".

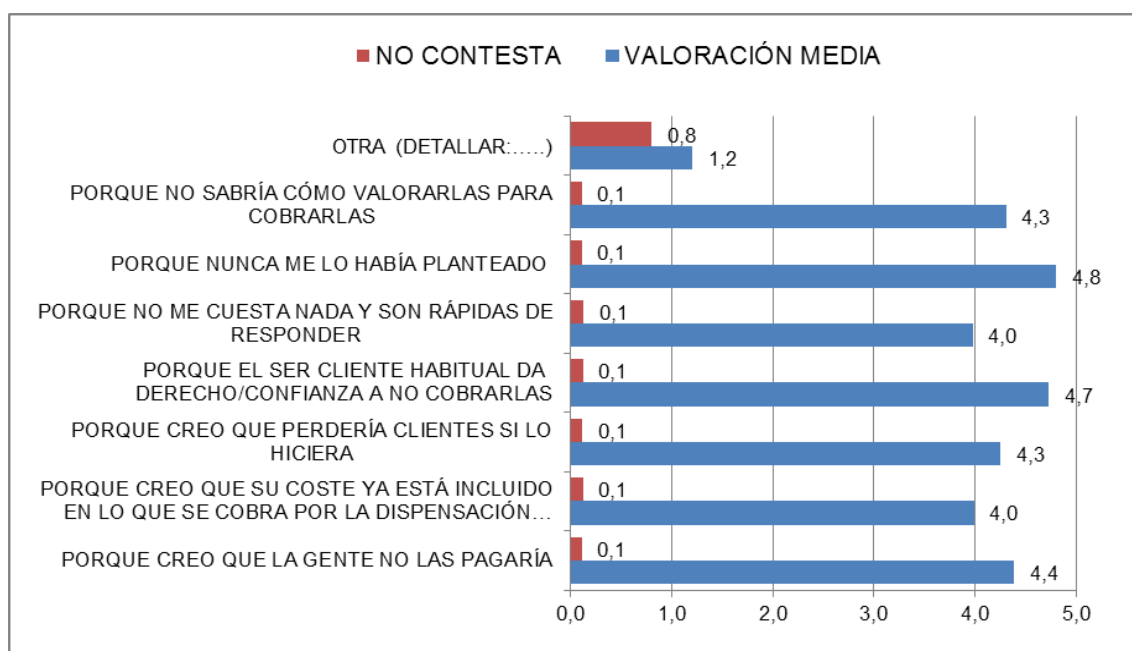


Figura 25. Valoración media de las razones por las que los farmacéuticos no cobran las CFTIM en la farmacia comunitaria.

Como se puede apreciar hay muy poca diferencia entre la primera opción y la segunda “porque el ser cliente habitual da derecho/confianza a no cobrarlas”.

Esta pregunta permitió a los farmacéuticos incluir alguna razón diferente a las otras siete, bajo la denominación “Otras (detallar:...). De entre las 35 respuestas en las que se aportó alguna otra razón diferente, prácticamente 25 fueron elegidas como primera opción. Entre ellas, la más frecuente fue “es parte de nuestra función/papel/trabajo como farmacéutico”, “es nuestra obligación/deber”. Otras similares fueron: “es un deber ético”, “es un servicio que damos a la sociedad”, “porque no se puede o no está permitido”, “porque estaría mal visto” o “no se entendería socialmente”, “no lo tengo protocolizado” o “no está estandarizado”, “no las pagarían” “nunca se han cobrado”, “aquí no se tiene esa cultura”, “no es viable cobrarlas”, “la publicidad pone consulte a su farmacéutico por supuesto gratis”, “creo que no lo hace nadie”, “porque se irían al médico que es gratis”, y “porque tienen muy bajo poder adquisitivo”.

5.1.4 Estudio de las consultas: Motivo de consulta, fuentes de información utilizadas e información proporcionada.

Los motivos más frecuentes de consulta de las CFTIM según refirieron los farmacéuticos se presentan en la figura 26, que muestra la valoración media de cada uno de dichos motivos. El motivo de consulta elegido con más frecuencia como primera opción fue: “Instrucciones de uso: Posología, Duración, Tratamiento” y con menor frecuencia como primera opción fue: “Conservación, validez, caducidad y eliminación”.

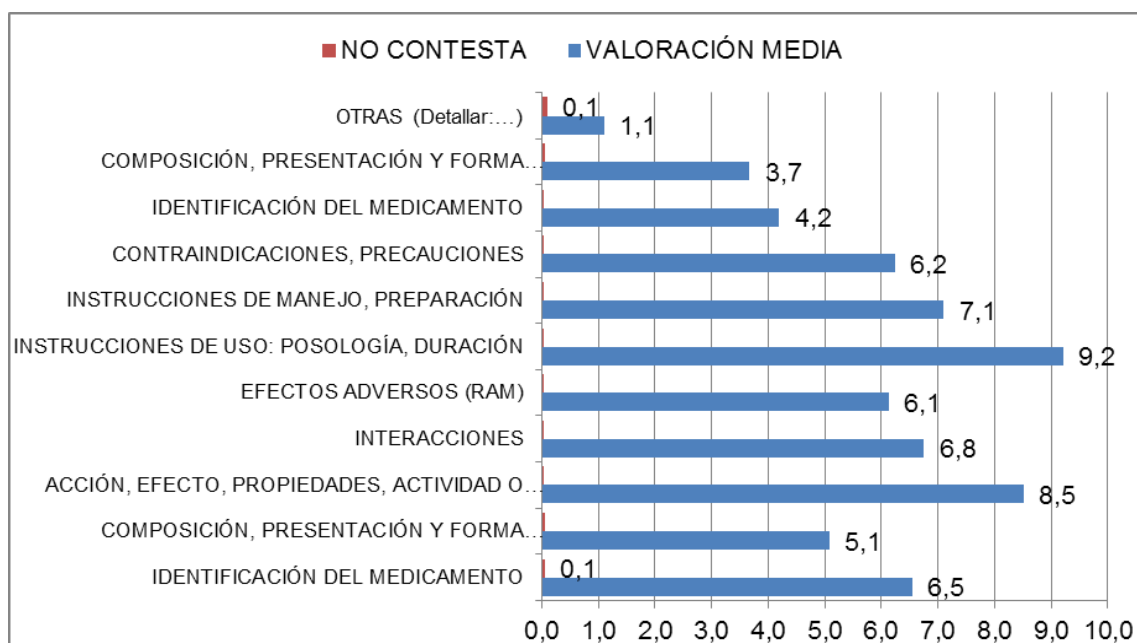


Figura 26. Valoración media de los motivos de consulta de las CFTIM más demandadas.

En relación con las fuentes de información que refieren utilizar los farmacéuticos para resolver estas CFTIM, en la figura 27 se exponen las valoraciones medias de cada fuente de información. La fuente más frecuente elegida como primera opción fueron los “conocimientos propios del farmacéutico”, y con menor frecuencia: “los apuntes de cursos o asignaturas”.

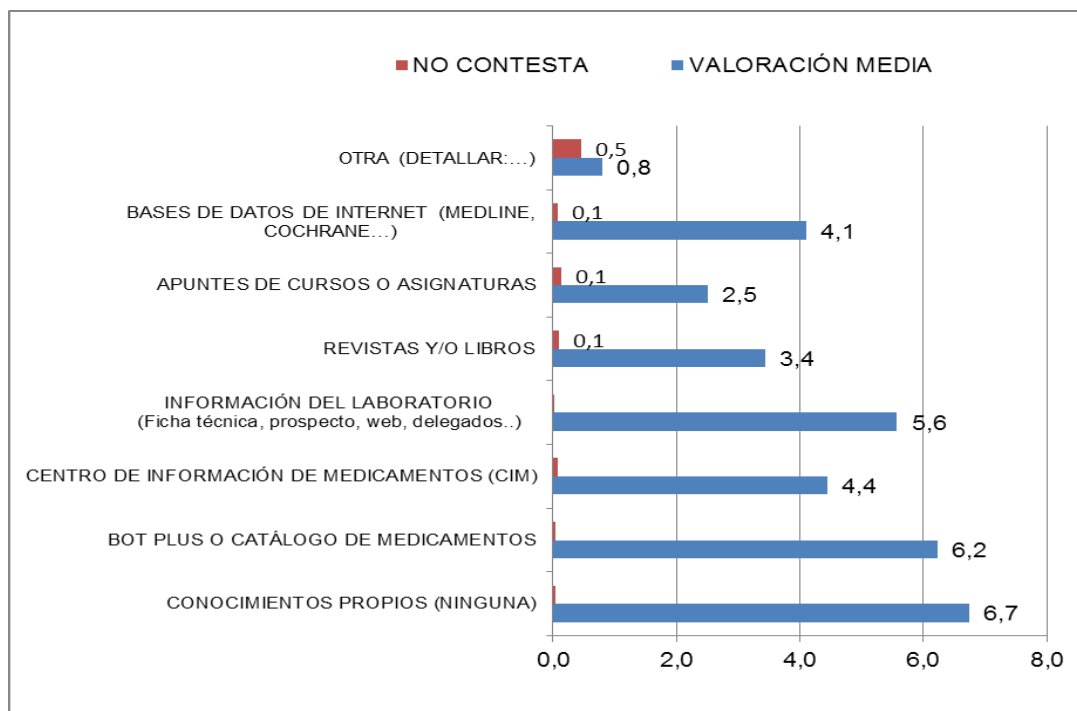


Figura 27. Fuentes de información utilizadas para resolver las CFTIM.

Un 57,7% (IC 95%; 51,2% - 64,3%) de los farmacéuticos comunitarios declara que proporciona información por escrito de las CFTIM que resuelve. Sin embargo, cuando se les indicó que detallaran la frecuencia con la que la proporcionaban, el 61,4% (IC 95%; 52,9% - 69,9%) contestó “en menos del 10%”. En la figura 28 se muestra, según los farmacéuticos encuestados, la frecuencia con la que se proporciona la información por escrito en las CFTIM.

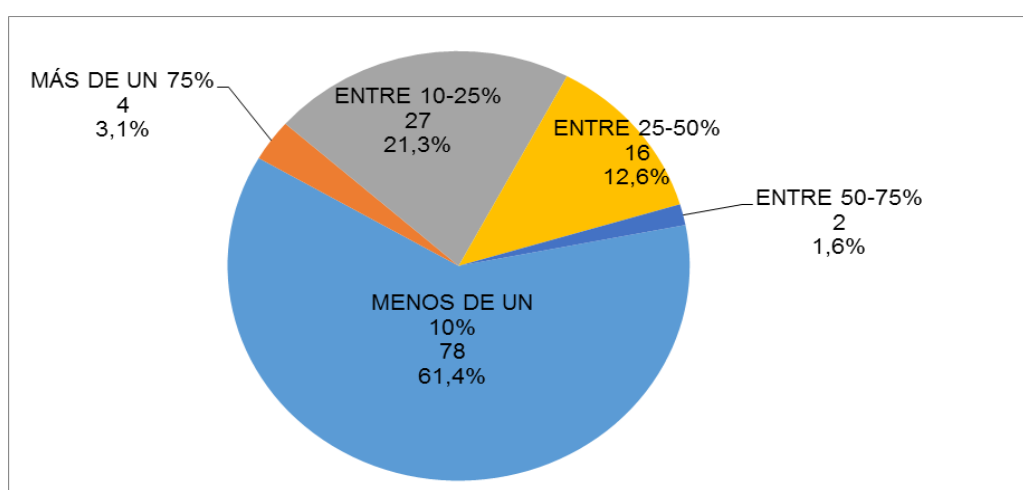


Figura 28. Frecuencia con la que se proporciona información por escrito en la resolución de las CFTIM.

5.1.5 Resolución de las consultas y actuaciones posteriores

Tal y como se puede observar en la figura 29, el 74,5% (IC 95%; 68,8% - 80,3%) de los farmacéuticos cree que resuelve correctamente entre el 76-100% de las consultas que recibe.

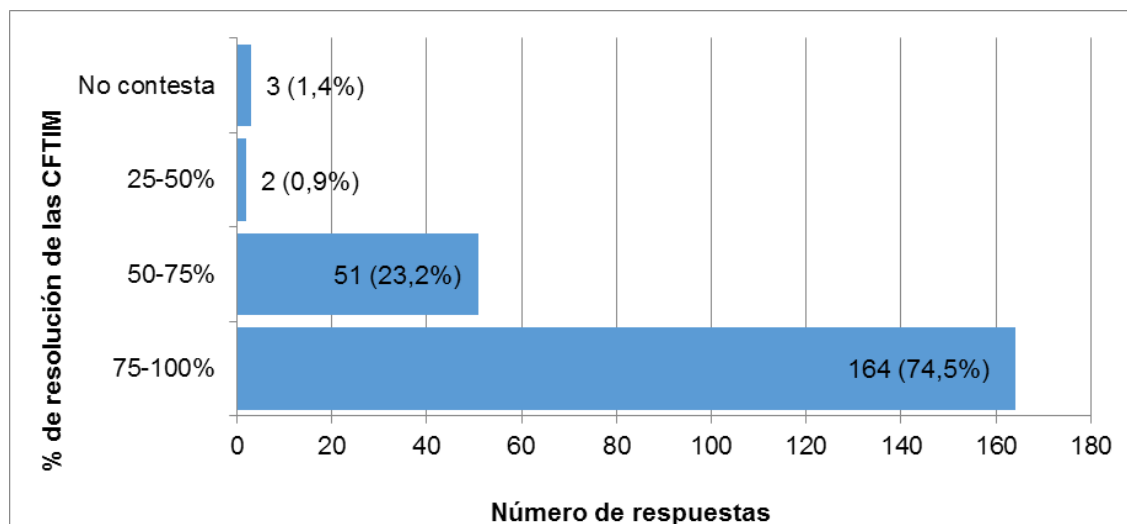


Figura 29. Percepción de los farmacéuticos del número de CFTIM que resuelven en la farmacia comunitaria.

Cuando los farmacéuticos comunitarios no pueden o saben responder a las CFTIM demandadas, manifiestan que en primer lugar (45,8% n=203) optan por citar más tarde al solicitante, en segundo lugar por derivar a otro profesional sanitario (43,8% n=194) y por último, en el 10,4% (n=46) de los casos contestan al solicitante que no saben o pueden responder la consulta.

5.1.6 Valoración sanitaria de las CFTIM por el farmacéutico comunitario.

Las últimas seis preguntas del cuestionario solicitaban al farmacéutico que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con varias afirmaciones que hacían referencia a la utilidad de la actividad de atención y resolución de CFTIM, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

Estas afirmaciones fueron:

1ª: Atender y resolver estas consultas sobre información de medicamentos es una actividad sanitaria asistencial importante para el paciente o usuario.

2ª: Atender y resolver estas consultas sobre información de medicamentos es un servicio farmacéutico necesario para el sistema sanitario.

3ª: La resolución de estas consultas mejora la salud y/o calidad de vida de quien las solicita.

4ª: Resolviendo estas consultas se previenen, detectan y/o resuelven problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

5ª: La farmacia comunitaria es el lugar idóneo para consultar sobre los medicamentos.

6ª: Sería factible prestar en la oficina de farmacia un servicio de consulta farmacéutica similar al que prestan otros profesionales sanitarios (consulta médica, veterinaria, de enfermería,...).

En la figura 30 puede consultarse cualitativa y cuantitativamente el grado de acuerdo de los farmacéuticos comunitarios en cada una de dichas afirmaciones, pudiendo observarse como disminuye el grado de acuerdo desde la primera hasta la última. De forma casi total (entre el 85,6% y el 98,6%, dependiendo de la afirmación) los farmacéuticos comunitarios manifiestan estar de acuerdo o muy de acuerdo con la importancia de esta actividad para el sistema sanitario y la salud del paciente o usuario, y que esta se realice en la farmacia, ya que, mediante su atención se previenen, detectan y resuelven problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o resultados negativos asociados a la medicación (RNM).

A la pregunta sobre si sería factible prestar en la farmacia un servicio de consulta farmacéutica similar al que proporcionan otros profesionales sanitarios (consulta médica, veterinaria, de enfermería, fisioterapia...), un 85,6% (IC 95%; 81,0% - 90,2%) de los farmacéuticos contestaron estar de acuerdo o muy de acuerdo con ella, si bien, ha sido la afirmación con menos acuerdo del resto, debido al mayor número de no contestaciones, opiniones indiferentes y que están en desacuerdo.

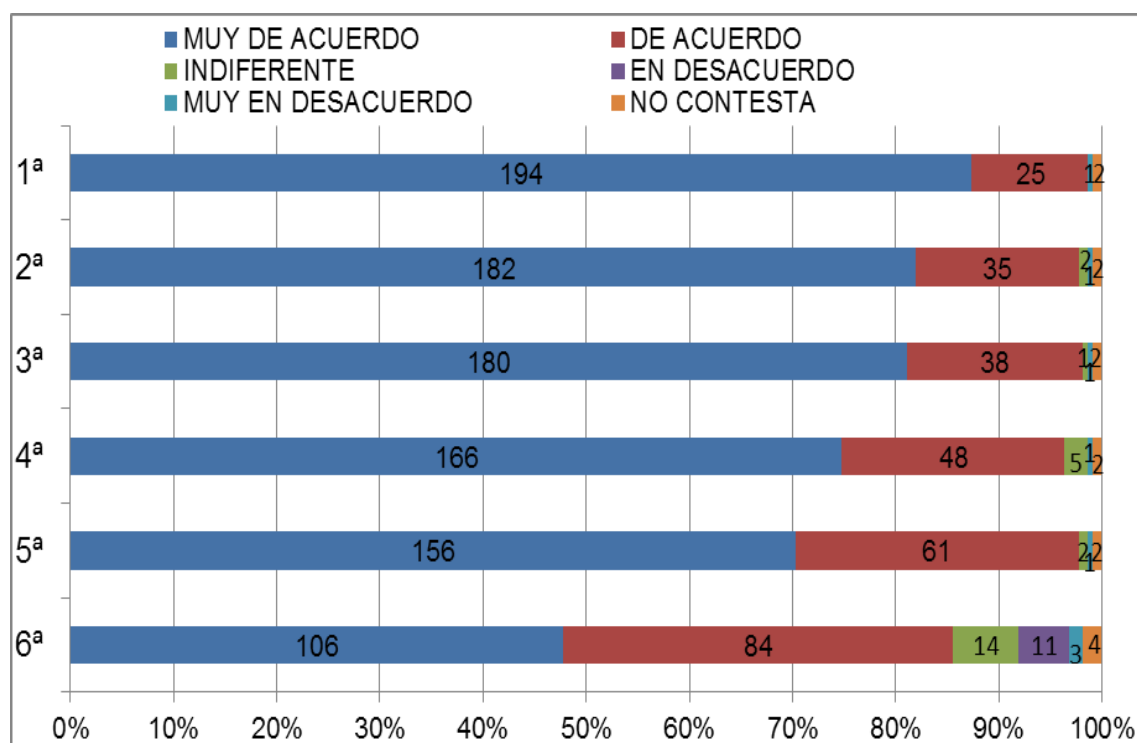


Figura 30. Opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre la importancia sanitaria de esta actividad. Se muestran también el número de respuestas elegidas para cada una de las seis afirmaciones numeradas en el eje de ordenadas.

Las afirmaciones numeradas en el gráfico corresponden a los siguientes enunciados:

- 1ª: Atender y resolver estas consultas sobre información de medicamentos es una actividad sanitaria asistencial importante para el paciente o usuario.
- 2ª: Atender y resolver estas consultas sobre información de medicamentos es un servicio farmacéutico necesario para el sistema sanitario.
- 3ª: La resolución de estas consultas mejora la salud y/o calidad de vida de quien las solicita.
- 4ª: Resolviendo estas consultas se previenen, detectan y/o resuelven problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y/o resultados negativos asociados a la medicación (RNM).
- 5ª: La farmacia comunitaria es el lugar idóneo para consultar sobre los medicamentos.
- 6ª: Sería factible prestar en la oficina de farmacia un servicio de consulta farmacéutica similar al que prestan otros profesionales sanitarios (consulta médica, veterinaria, de enfermería, ...).

Al analizar los datos de los farmacéuticos que contestaron a la última afirmación tanto de forma indiferente como “en desacuerdo” o “muy en desacuerdo” no se observaron relaciones estadísticamente significativas relacionadas con el sexo, modalidad de ejercicio, edad, años de ejercicio, tipo de farmacia, facturación de la farmacia y cercanía a un centro de salud. Sólo se detectó un farmacéutico adjunto de 55-64 años de 31-45 años de ejercicio en una farmacia rural de menos de 30.000 habitantes con una facturación de 1.200.000-2.000.000€ no cercana a un centro de salud, que opinó que estaba “muy en desacuerdo” con todas las afirmaciones.

5.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO DE PRÁCTICA FARMACÉUTICA (FASE II)

Los resultados que se exponen a continuación se corresponden con el total de CFTIM registradas en las cinco farmacias comunitarias participantes incluidas en la tabla 1.

5.2.1 Número de consultas registradas.

Durante el estudio de práctica farmacéutica se registraron en las farmacias comunitarias un total de 428 CFTIM, tal y como se muestra en la tabla 1. Las CFTIM se registraron de lunes a viernes durante el horario habitual de apertura al público, exceptuando las horas durante las que se prestó el servicio de urgencias.

Localidad	Nº CFTIM	CFTIM/farmacia y día	Duración
Mislata	280	4,9	6 meses*
Denia	42	8,4	5 días
L'Ollería	35	7,0	5 días
Valencia	32	6,4	5 días
Valencia	39	7,8	5 días
Total	428	6,9 (DE 1,4)	

Tabla 1. CFTIM registradas en las farmacias comunitarias participantes en el estudio.

**Debido a la aleatorización mensual durante los 6 meses en los que se recogieron las consultas - bien por la mañana o bien por la tarde-, la duración real del estudio equivaldría a tres meses.*

No todos los solicitantes de las 428 CFTIM realizaron una única consulta, la mayoría (n=392) realizaron sólo una consulta 95,8% (IC 95%; 89,0 % - 94,2 %), quince de ellos realizaron dos consultas a la vez 3,7% (IC 95%; 1,8 % - 5,3 %) y sólo dos, solicitaron tres consultas a la vez 0,5% (IC 95%; 0 % - 1,1 %).

Para calcular la prevalencia de las CFTIM sólo se utilizaron los datos de la farmacia principal de estudio sita en Mislata, ya que sólo en ésta se recogieron los datos del número total de pacientes que acudieron a la farmacia.

De acuerdo con la aleatorización prevista en la metodología del estudio, en la farmacia principal del estudio, se recogieron las CFTIM en su horario habitual de

apertura al público, durante las mañanas de marzo y octubre y las tardes de abril, mayo, junio y noviembre. Dicho horario fue: mañanas de 9.00 a 14.00 horas y tardes de 17.00 a 20.30 horas.

La media de las consultas de los meses en que se realizó el estudio por las mañanas (n=128) fue de 3,0 (DE 0,1) consultas, mientras que la media de los que se registraron por las tardes (n=152) fue de 1,9 (DE 0,1) consultas. Teniendo en cuenta estos resultados, se podría estimar que la media de CFTIM diarias fue 4,9. En la figura 31 se muestra la distribución mensual de las consultas registradas en la farmacia principal del estudio en cada media jornada laboral.

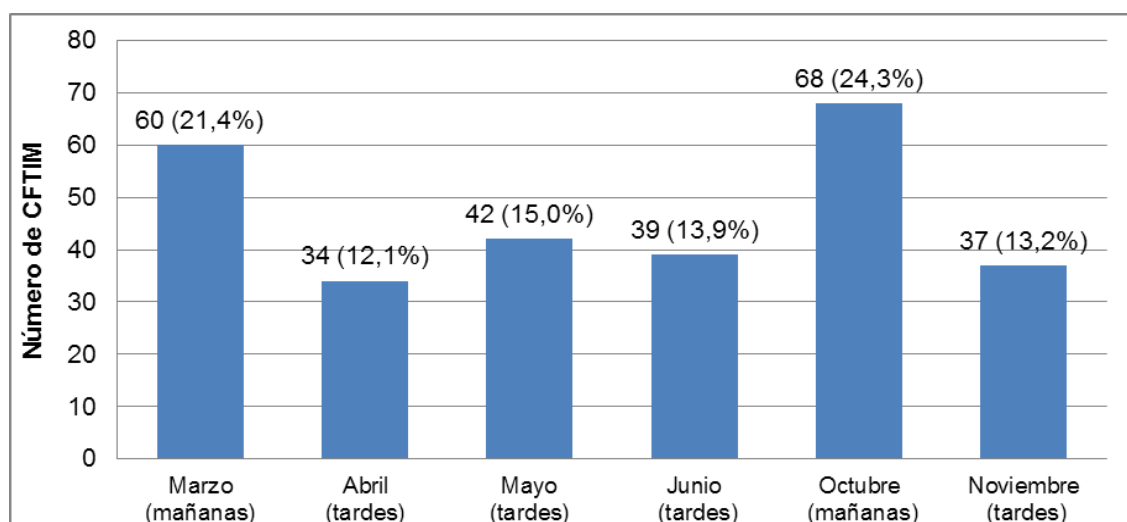


Figura 31. Distribución mensual de todas las CFTIM registradas durante 2014 en la farmacia principal del estudio.

Respecto al número total de actividades que se realizaron en la farmacia comunitaria (dispensaciones, medidas de PA, medida del peso corporal, determinación de parámetros bioquímicos, etc) durante el periodo de registro, las CFTIM representaron el 4,8% (IC 95%; 4,3% - 5,4%). Es decir por cada 21,3 (DE 3,3) actividades que se realizaron en la farmacia, se realizó una CFTIM. Extrapolando estos resultados, las CFTIM supusieron de media el 3,4% (IC 95%; 3,1% - 3,8%) del número de actividades mensuales realizadas en la farmacia.

5.2.2 Descripción de la población estudiada: solicitantes y pacientes.

Los solicitantes de las CFTIM atendidas en la farmacia fueron mayoritariamente los propios pacientes 66,6% (IC 95%; 62,1 % - 71,1 %) (n=285) seguidos de los cuidadores 21,7% (IC 95%; 17,8 % - 25,6 %) (n=93), los representantes de los pacientes (familiares, amigos, vecinos...) 10,7% (IC 95%; 7,8 % - 13,7 %) (n=46) y finalmente los profesionales sanitario 0,9% (IC 95%; 0 - 1,8 %) (n=4) que fueron todos, médicos de atención primaria. La distribución del sexo de los pacientes en relación con el solicitante de la consulta, puede observarse en la figura 32.

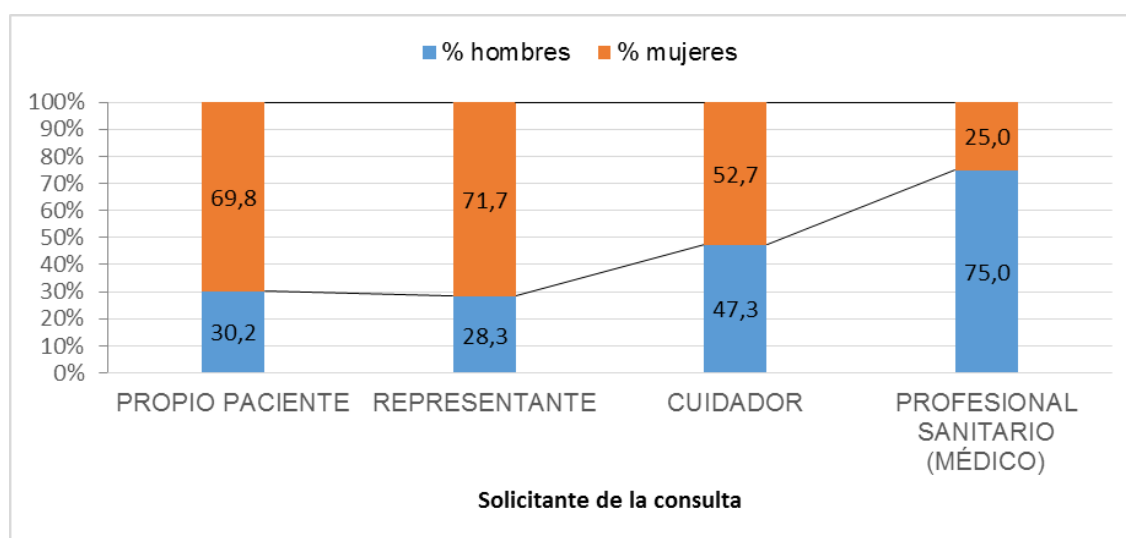


Figura 32. Sexo de los pacientes en función del solicitante de la CFTIM.

Los pacientes fueron mayoritariamente mujeres (n=282), 65,9% (IC 95%; 61,4 % - 70,4 %). La edad media de los pacientes fue 57,2 años DE 21,9 y por sexos: las mujeres 58,1 años (DE 32,3) y los hombres 55,4 (DE 29,8). La población pediátrica (menores de 14 años n=30) representó un 7,0% (IC 95%; 4,6 % - 9,4 %) de todos los pacientes y casi la mitad, un 47,7% (IC 95%; 42,9 % - 52,4 %) (n=204) eran mayores de 65 años. Un 8,4% (n=36) de los solicitantes de las CFTIM fueron extranjeros (IC 95%; 5,8 % - 11,0 %), si bien casi el 70% de ellos procedían de una sola farmacia situada en un municipio turístico (Denia). En las tres farmacias de la ciudad de Valencia los solicitantes extranjeros fueron cuatro, un 11,1% de todos ellos.

Cuando se analizaron los pacientes a las que iban destinadas las consultas que realizó el cuidador, resultó que el 52,7% de ellos eran mujeres. Respecto a la edad, el 75,3% eran menores de 14 años (32,3%) o mayores de 65 (43,0%).

En el caso de los representantes, los pacientes a los que fueron destinadas las CFTIM fueron en el 71,7% mujeres. El 67,4% de los pacientes era mayor de 65 años.

La distribución de los pacientes por edad y sexo se muestra en la figura 33.

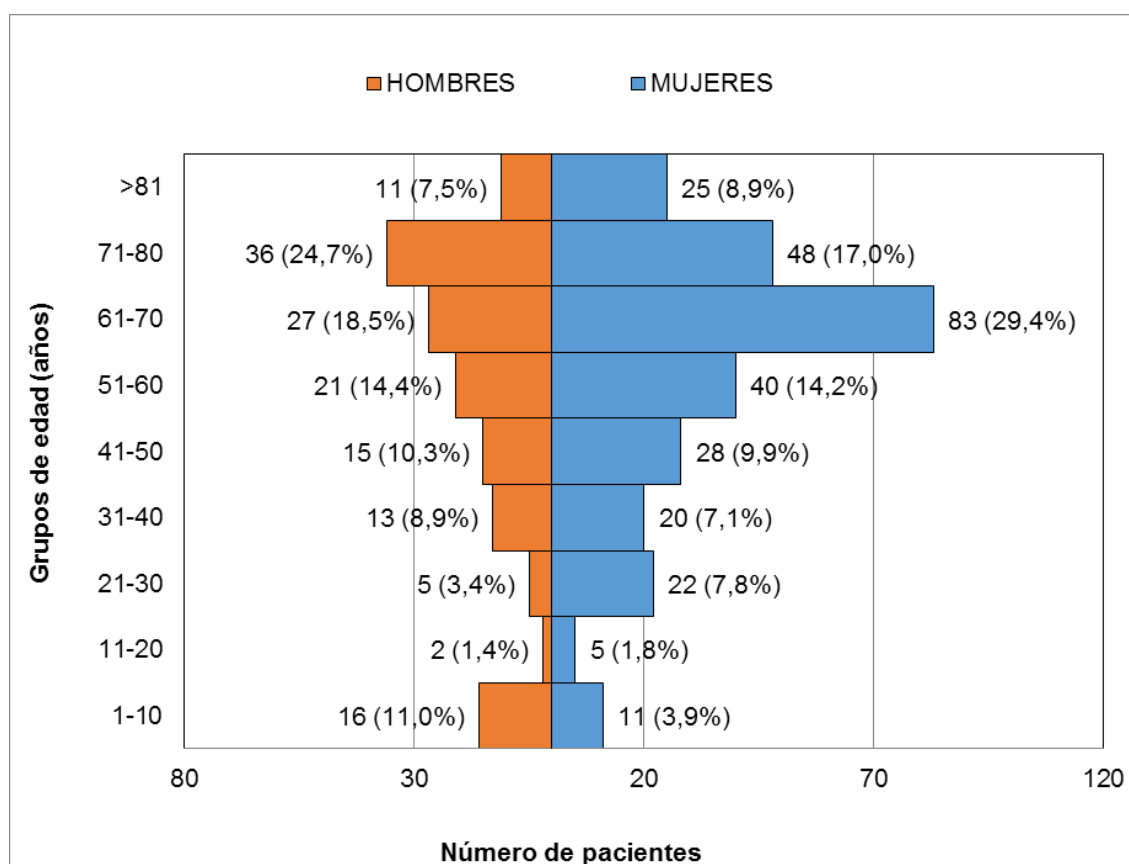


Figura 33. Comparación entre las pacientes por grupos de edad de ambos estudios.

Como se puede observar en esta pirámide de población invertida, los tres grupos de edad que más consultan es el de mujeres entre 61 y 70 años, seguido del grupo de mujeres de 71 a 80 años y del de mujeres de 51 a 60 años.

5.2.3 Atención y resolución de las consultas: horario, forma, lugar, personal y tiempo utilizado.

Las CFTIM registradas en este estudio se recogieron dentro del horario habitual de apertura al público de las farmacias comunitarias participantes en los días laborables excluyéndose los sábados y días u horarios en el que se prestó el servicio de urgencias.

Debido a la carga de trabajo del resto de las farmacias, sólo se registró la hora en la que se atendieron las CFTIM en la farmacia principal del estudio, por lo que sólo se han podido conocer la cantidad de CFTIM realizadas por la mañana y por la tarde de dicha farmacia.

Las CFTIM fueron más numerosas por las mañanas (5 horas) con una media de 64 (DE 5,7) que por las tardes (3,5 horas) con una media de 38 (DE 3,4), debido a que estas últimas tienen menos horas, sin embargo, aun teniendo en cuenta esta hecho, el número de consultas por hora fue de 0,6 por las mañanas y de 0,5 por la tarde, es decir se consultó un 13% más por las mañanas que por las tardes.

FORMA DE SOLICITUD

El 91,4% (IC 95%; 88,7 % - 94,0 %) (n=391) de las CFTIM se demandaron y atendieron de forma presencial y el resto (n=37) por teléfono 8,6% (IC 95%; 6,0 % - 11,3 %).

Tal y como se muestra en la figura 34, más de la mitad de los solicitantes acudió/llamó a la farmacia únicamente para consultar 66,1% (IC 95%; 61,6 % - 70,6 %) (n=283). De ellos, 246, el 86,9% (IC 95%; 83,0 % - 90,9 %) lo hizo de forma presencial y el resto 37 (13,1%) lo hizo a través del teléfono.

El resto de solicitantes acudieron a realizar las CFTIM bien durante el servicio de dispensación 32,5% (IC 95%; 28,0 % - 36,9 %) (n=139) o bien durante el servicio de medición y control de la PA 1,4% (IC 95%; 0,3 % - 2,5 %) (n=6).

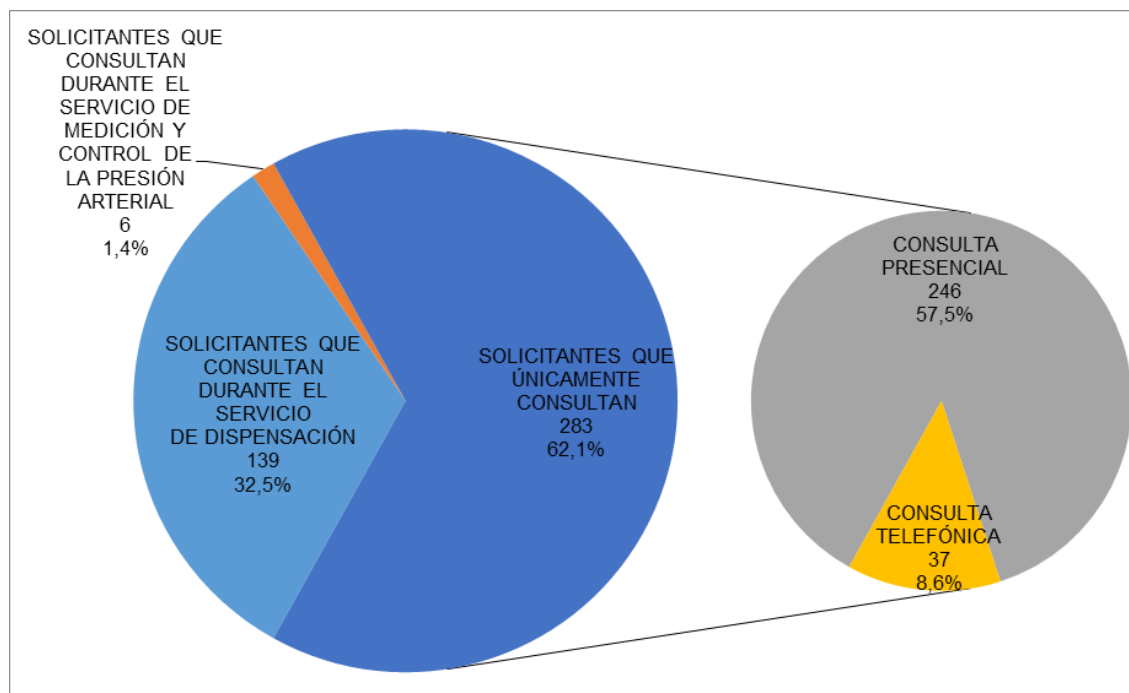


Figura 34. Forma en la que se atienden las CFTIM en la farmacia comunitaria.

El motivo de consulta más frecuente entre la gran mayoría de los solicitantes tanto los que únicamente consultaron como los que lo hicieron durante el servicio de dispensación, fue “indicación, acción, propiedades de los medicamentos” seguidos de los “efectos adversos” y de las “interacciones”, mientras que el motivo más frecuente de los que consultaron durante el servicio de medición y control de la PA fue la “segunda opinión”.

El motivo de consulta más frecuente entre los solicitantes que consultaron de forma presencial fue también el relacionado con “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”, mientras que el de los que consultaron telefónicamente fueron las “interacciones” seguidas de las “instrucciones de uso, posología, duración”.

LUGAR

El lugar de la farmacia más frecuente donde fueron atendidas las CFTIM de forma presencial fue el mostrador (n=190) 77,2% seguido de la ZAP (n=54) 22,0%, y del despacho (n=2) 0,8%. Mientras que cuando acudió a consultar durante el servicio de dispensación fue el mostrador (n=112) 80,6%, la ZAP (n=26) 18,7% y el lugar donde se prestaba el servicio de medición y control de la PA (n=1) 0,7%. Por último cuando el paciente acudió a consultar durante el servicio de medición y control de la PA fue en este mismo lugar donde se presta este servicio el único en el que se produjo las consultas (n=6). Estos resultados se muestran gráficamente en la figura 35.

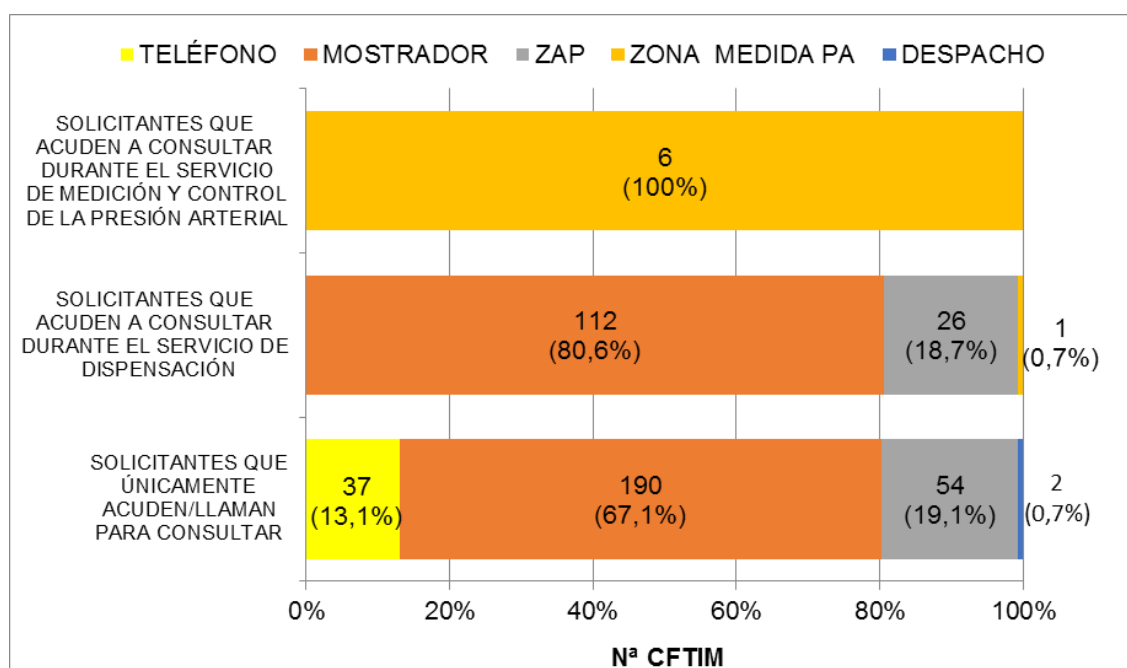


Figura 35. Lugar en el que se atienden en la farmacia comunitaria las CFTIM según su solicitante.

Cuando comparamos los motivos de consulta de las CFTIM realizadas por los pacientes en el mostrador con las realizadas en el resto de lugares de la farmacia (agrupados en la categoría "Otro lugar"), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias para la ZAP, teléfono, despacho y zona de medida de la PA.

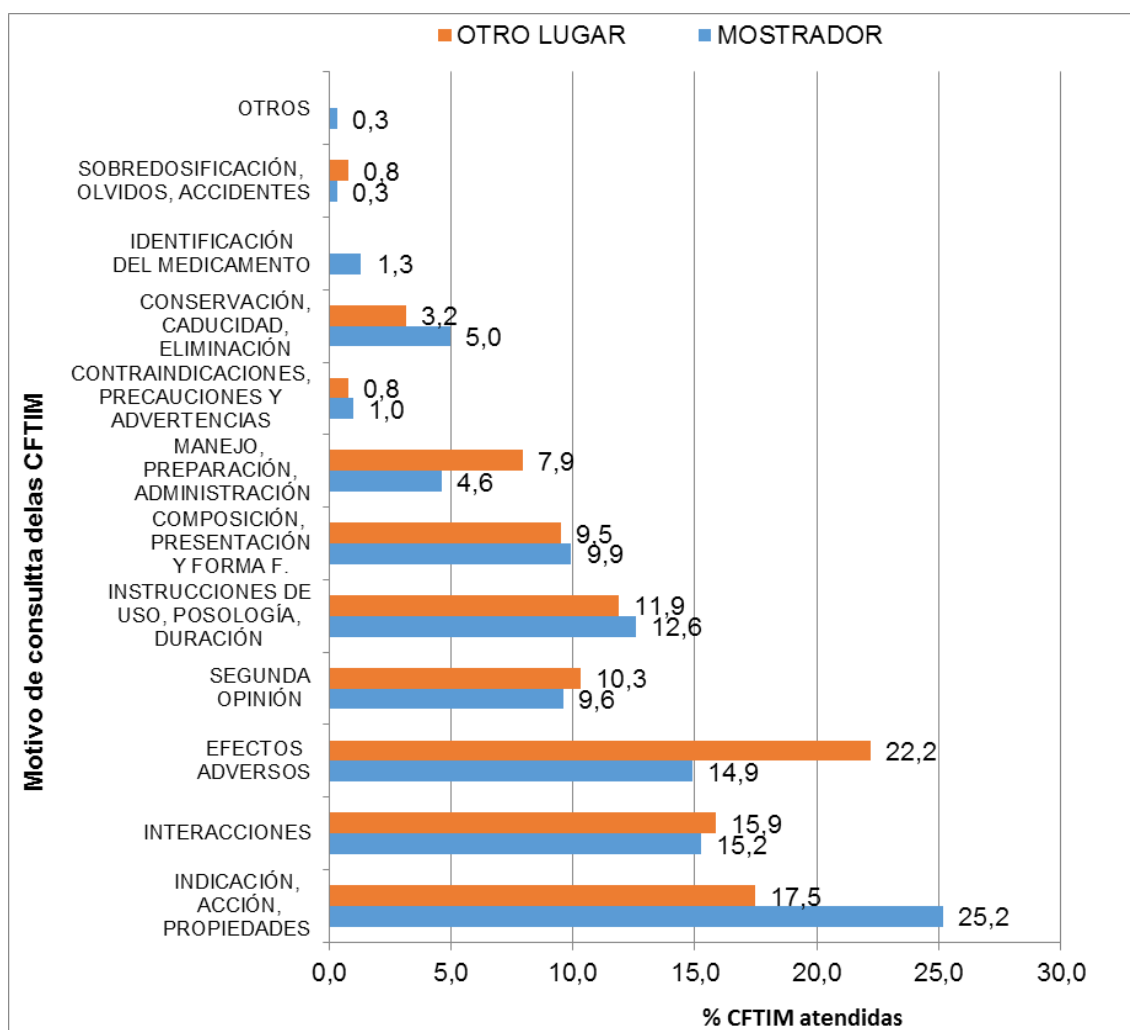


Figura 36. Motivos de consulta dependiendo de si la CFTIM es realizada en el mostrador o en otro lugar de la farmacia.

Los motivos de consulta de las CFTIM en función del lugar de la farmacia en el que se atendieron se pueden observar en la figura 37.

En el caso del mostrador los relacionados con “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”; en la ZAP sobre los “efectos adversos”; en la zona de medida de la PA compartieron la misma frecuencia los “efectos adversos” y la “segunda opinión” y junto a estos dos motivos solo se consultó además sobre “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”. Por último, en el despacho se atendieron con la misma frecuencia las CFTIM sobre “indicación, acción, propiedades de los medicamentos” y las de “uso, posología y duración” y no se consultó sobre ningún otro motivo.

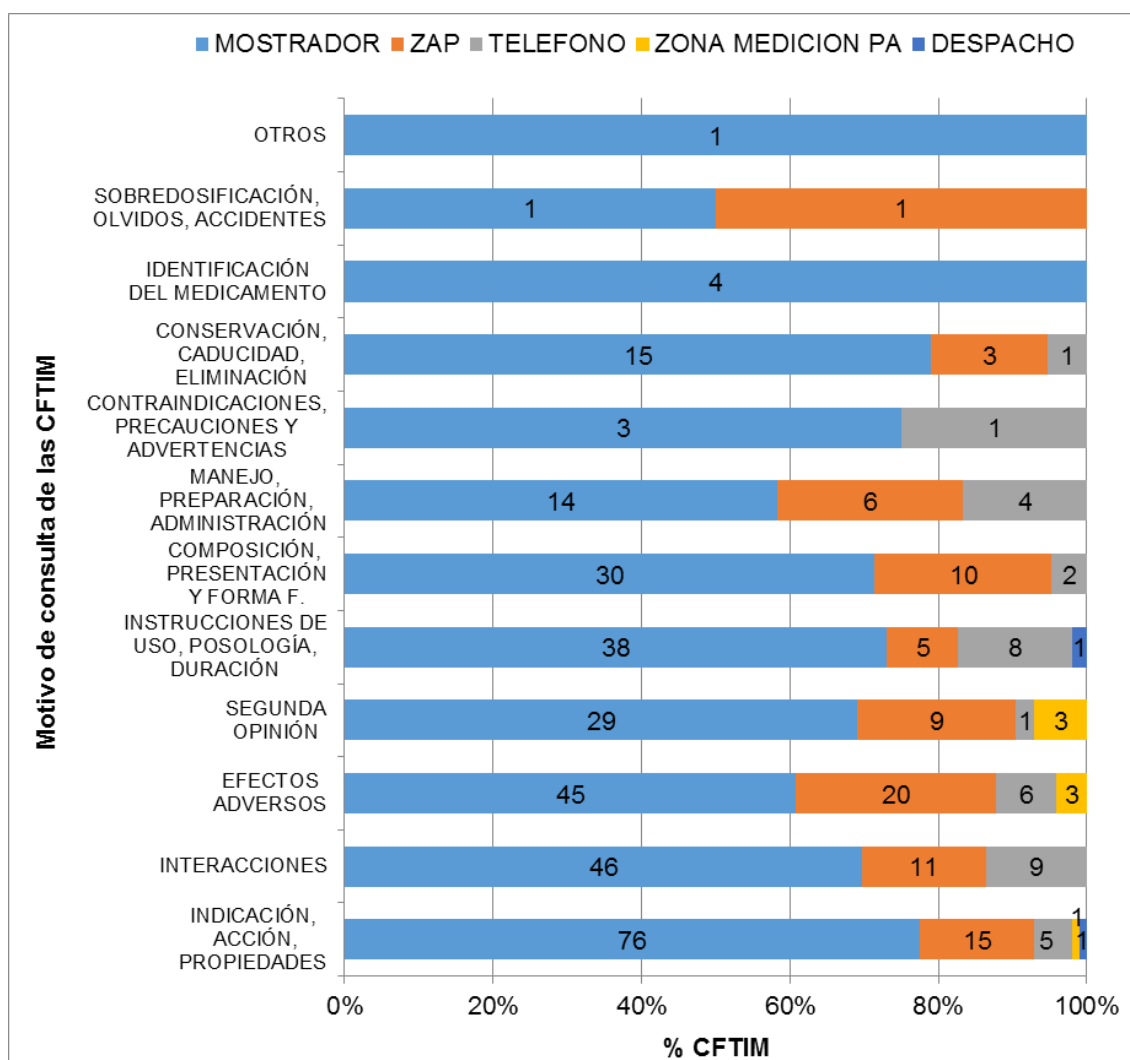


Figura 37. Motivos de consulta de las CFTIM en función del lugar de la farmacia dónde se atendieron.

En el mostrador se consultó sobre todos los motivos de consulta y en la ZAP el único motivo de consulta sobre el que no se consultó fue el de “identificación de medicamento”.

Por teléfono las CFTIM más frecuentes fueron las “interacciones”, “manejo, preparación, administración” y “efectos adversos”. No se consultó ni sobre “identificación del medicamento”, ni sobre “sobredosificación, olvidos, accidentes”.

PERSONAL

Las CFTIM fueron atendidas y resueltas por el personal de la farmacia: farmacéuticos y técnicos en farmacia y parafarmacia, tal y como se muestra en la figura 38. El técnico las atendió en un 23,8% (IC 95%; 19,8 % - 27,9 %) (n=102) de las ocasiones, y las resolvió en un 0,7% (IC 95%; 0 - 1,5 %) (n=3). Por el contrario el farmacéutico las atendió en un 76,2% (IC 95%; 72,1 % - 80,2 %) (n=326) de las ocasiones, y las resolvió en un 99,3% (IC 95%; 98,5 % - 100,1 %) (n=425).

El motivo de consulta más frecuente de las CFTIM atendidas por los técnicos en farmacia y parafarmacia fueron los relacionados con los “efectos adversos”, mientras que en el caso de los farmacéuticos fue sobre “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”. Los técnicos no atendieron CFTIM sobre “contraindicaciones, precauciones y advertencias”.

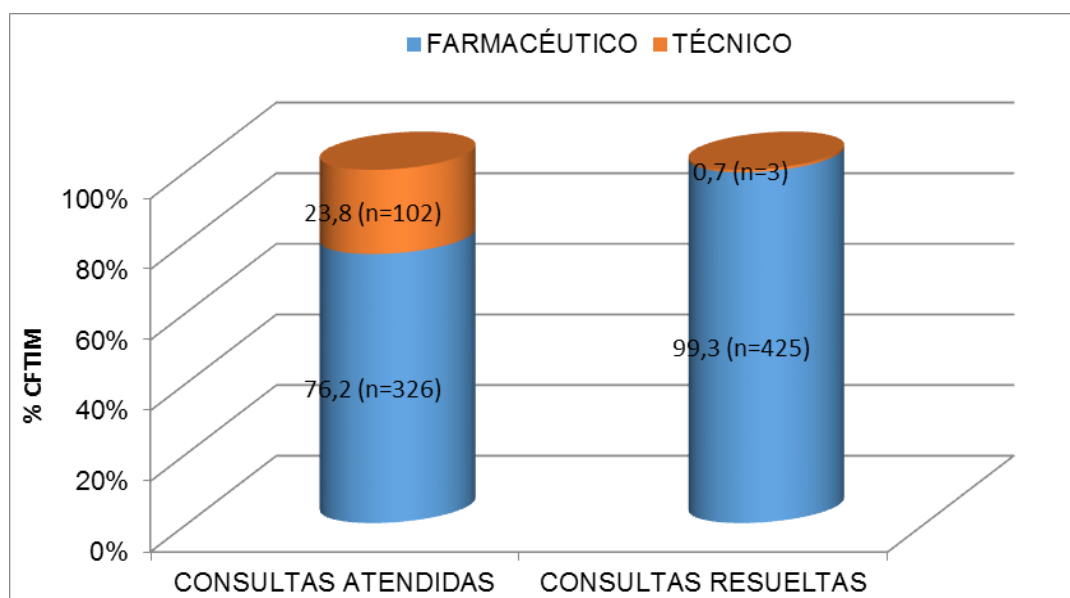


Figura 38. CFTIM atendidas y resueltas por el personal de las farmacias comunitarias.

TIEMPO

El tiempo utilizado en la atención y resolución de las CFTIM fue variable tal y como se muestra en la figura 39. El tiempo medio de las CFTIM fue de 6,0 minutos (DE 4,4) y la moda fue 5 minutos 33,4% (IC 95%; 28,9 % - 37,9 %) (n=143). Los siguientes tiempos más frecuentes fueron: diez minutos 15,7% (IC 95%; 12,2 % - 19,1 %) (n=67), 3 minutos 15,2% (IC 95%; 11,8 % - 18,6 %) (n=65) y dos minutos 12,4% (IC 95%; 9,3 % - 15,5 %) (n=53).

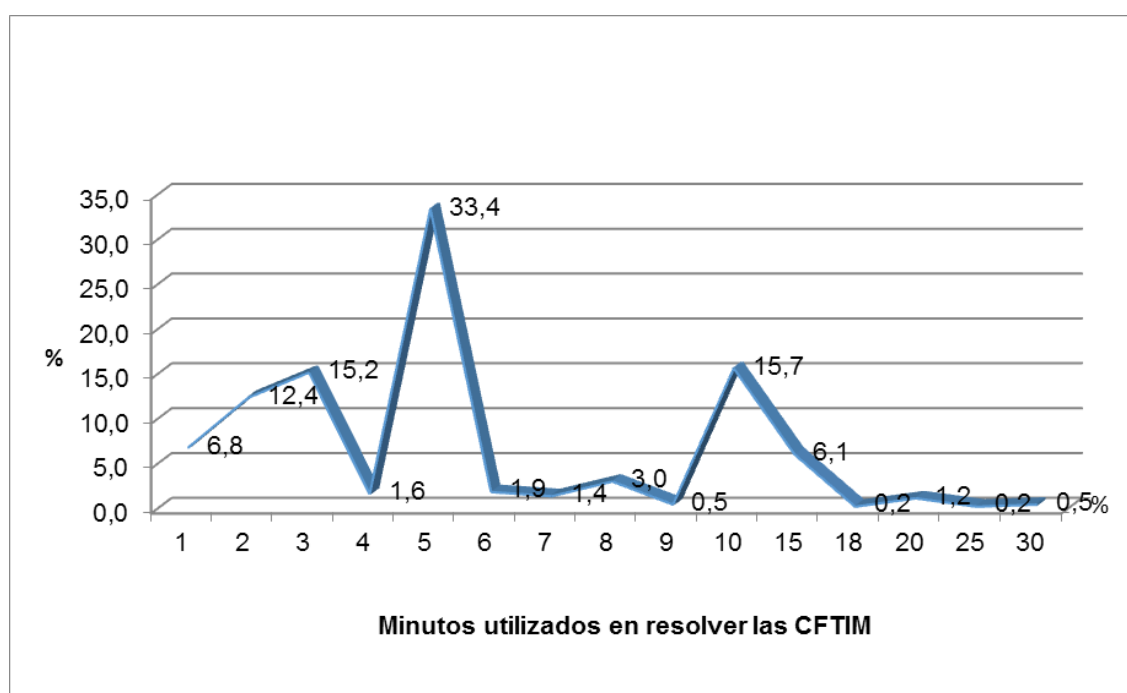


Figura 39. Frecuencia de los tiempos utilizados en la atención y resolución de las CFTIM.

Básicamente, en función del tiempo se pueden establecer tres grupos de CFTIM: las de tres minutos o menos, las de alrededor de cinco minutos (que es la más frecuente) y las de alrededor de diez o más minutos, siendo la frecuencia del primer y tercer grupo muy similares. Los tiempos promedio por motivo de consulta se muestran en la figura 40.

En el caso del mostrador los relacionados con “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”; en la ZAP sobre los “efectos adversos”; en la zona de medida de la PA compartieron la misma frecuencia los “efectos adversos” y la “segunda opinión” y junto a estos dos motivos solo se consultó además sobre “indicación,

acción, propiedades de los medicamentos”. Por último, en el despacho se atendieron con la misma frecuencia las CFTIM sobre “indicación, acción, propiedades de los medicamentos” y las de “uso, posología y duración” y no se consultó sobre ningún otro motivo.

Los motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM que se contestaron en cinco minutos fueron las relacionadas con la “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”, seguidas de las relacionadas con “efectos adversos” e “instrucciones de uso, posología, duración”.

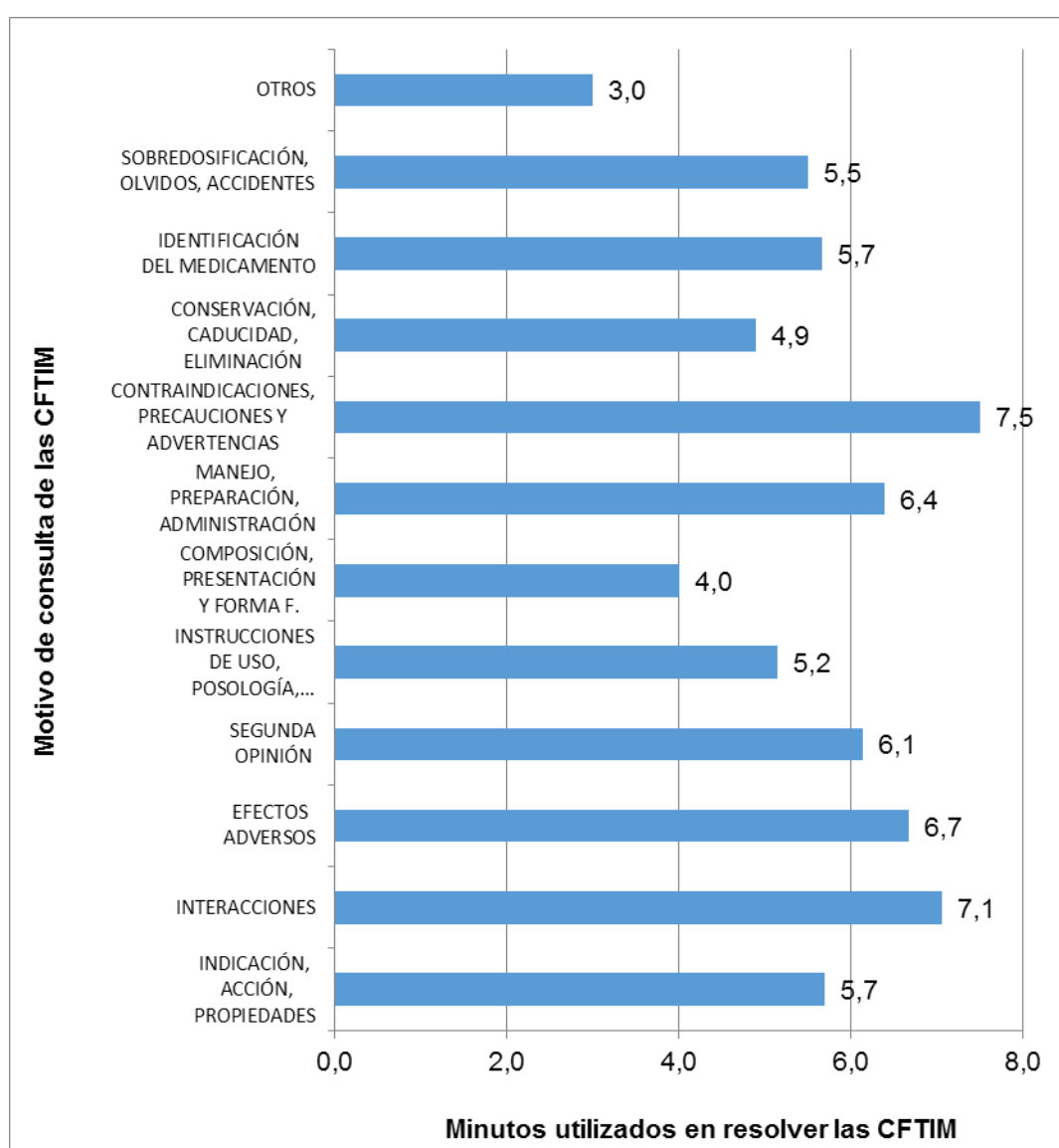


Figura 40. Tiempos promedio utilizados en función de los motivos de consulta de las CFTIM.

El motivo más frecuente en las consultas contestadas en tres minutos o menos fueron las mismas que las que se contestaron en cinco minutos. Las CFTIM más frecuentes que tardaron en contestarse diez minutos fueron las relacionadas con los “efectos adversos” seguidos de las “interacciones” y las de “indicación, acción, propiedades”.

El tiempo medio utilizado en función del lugar de consulta (tabla 2) muestra como las consultas se resuelven antes en el mostrador o por teléfono que en el resto de lugares.

Lugar	Mostrador	Teléfono	ZAP	Despacho	Zona medida PA
Nº CFTIM	302	37	80	2	7
Tiempo medio (minutos)	5,5	5,3	7,7	6,5	7,6
DE	4,1	2,0	3,9	0,5	1,0

Tabla 2. Tiempo utilizado en la resolución de las CFTIM en función del lugar de la consulta.

El tiempo medio utilizado en la resolución de las CFTIM telefónicas fue el más bajo de todos (5,3 DE 2,0) y cuando se analizó en función del tipo de consulta, no se encontraron diferencias, siendo una media de 5,9 DE 4,4 minutos en las CFTIM preventivas (n=19) y de 6,0 DE 4,2 minutos en las CFTIM verificativas (n=18).

El tiempo medio utilizado en las CFTIM que se resolvieron proporcionando información escrita fue ligeramente superior a la media (7,5 DE 2,3 minutos vs. 6,0 DE 4,4).

Si analizamos además la relación entre el tiempo utilizado en resolver las CFTIM y el número de medicamentos que se tratan en éstas, se obtiene un ratio de 4,6 DE 3,9 minutos por medicamento consultado.

Con respecto al número de medicamentos, se observó que las CFTIM en las que hubieron más de 5 medicamentos la media del tiempo utilizado para resolverlas fue de 10,3 DE 2,2 minutos, es decir casi el doble que la media, sin embargo, no

se observó la misma correlación entre el tiempo utilizado y el número de medicamentos de las CFTIM, las consultas de diez minutos o más de duración tuvieron de media sólo 2,2 DE 1,4 medicamentos.

5.2.4 Tipo de consulta, motivo de consulta, información clínica, fuentes de información e información proporcionada.

TIPO DE CONSULTA

Tras el análisis de las CFTIM atendidas, éstas se han clasificado en dos tipos: CFTIM preventivas y CFTIM verificativas. En las primeras, como su nombre indica, el solicitante pregunta sobre qué hacer ante una situación/acción futura relacionada con el medicamento que todavía no se ha producido pero que puede realizar. Permiten advertir al solicitante, prever y evitar un daño o perjuicio. Por otro lado, el resto de las CFTIM son verificativas, es decir son aquellas en las que se pregunta bien para confirmar una situación relacionada con los medicamentos que ya se ha producido o realizado, o bien para conocer una información sobre éstos.

La figura 40 muestra algunas diferencias relevantes entre ambos tipos de consultas que justifican sus diferencias y su denominación.

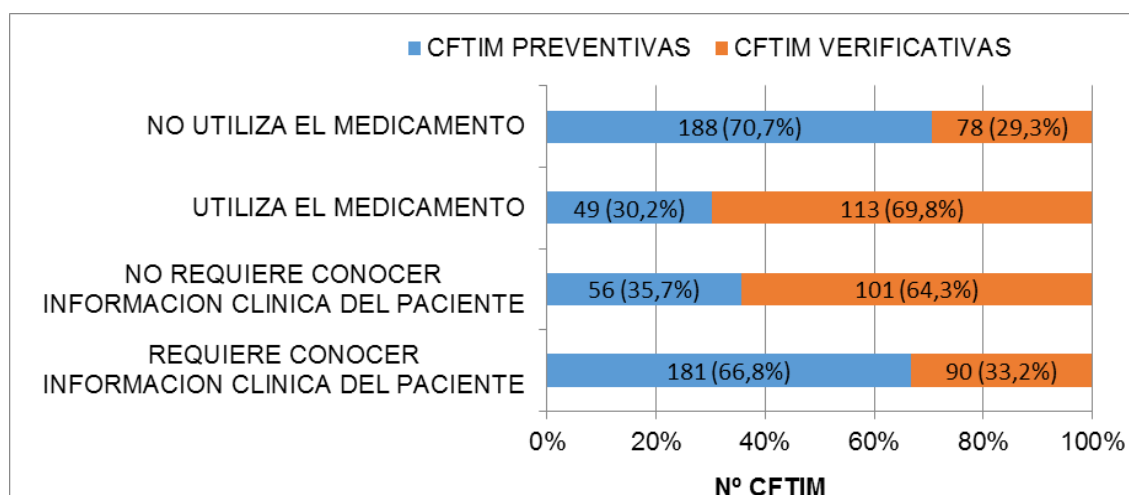


Figura 41. Diferencias entre los tipos de CFTIM.

Aunque los resultados de esta figura puedan resultar paradójicos, en las CFTIM preventivas se puede haber utilizado el medicamento sobre el que se consulta, ya que lo que se consulta puede no estar relacionado con que se utilice un medicamento, sino por ejemplo con dejar de utilizarlo, o si ya se está utilizando un medicamento preguntar si se sigue utilizando u otras cuestión sobre éste. De igual forma en el caso de las CFTIM verificativas es posible que no se haya utilizado el medicamento objeto de consulta debido a que la consulta sea sobre un medicamento que todavía no se ha utilizado o se consulte sobre las consecuencias de no utilizarlo, etc.

De las 428 CFTIM registradas, las más frecuentes fueron las preventivas 55,4% (IC 95%; 50,7 % - 60,1 %) (n=237) respecto a las verificativas 44,6% (IC 95%; 39,9 % - 49,3 %) (n=191). El 62,1% (IC 95%; 57,6 % - 66,7%) (n=266) de los medicamentos sobre los que se consultó, no habían sido utilizados hasta el momento de realizar la consulta. En relación con el tipo de CFTIM, en todos los lugares donde se consultó excepto en la ZAP, las CFTIM preventivas fueron más frecuentes que las verificativas.

Durante el estudio se registró una media mensual de 28,2 (DE 9,6) CFTIM preventivas frente a 18,5 (DE 5,5) CFTIM verificativas. En todos los meses las CFTIM preventivas fueron las mayoritarias, siendo los meses de invierno (octubre y noviembre) los meses del año con mayores desviaciones entre ambos tipos de CFTIM.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tipos de consultas ($p>0,05$), en relación al sexo de los pacientes, al solicitante de la consulta, al personal que las atendió, a si acudió sólo a consultar o no, a si lo hizo de forma presencial o por teléfono, al lugar de consulta, ni a las fuentes de información utilizadas, ni con las intervenciones adicionales. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas respecto a los motivos de consulta ($p<0,001$), a si se requirió información clínica del paciente para resolver la consulta ($p<0,001$) y a si no había utilizado todavía los medicamentos objeto de consulta ($p<0,001$).

MOTIVO DE CONSULTA

Los motivos de consulta de las CFTIM registradas se aprecian en la figura 42.

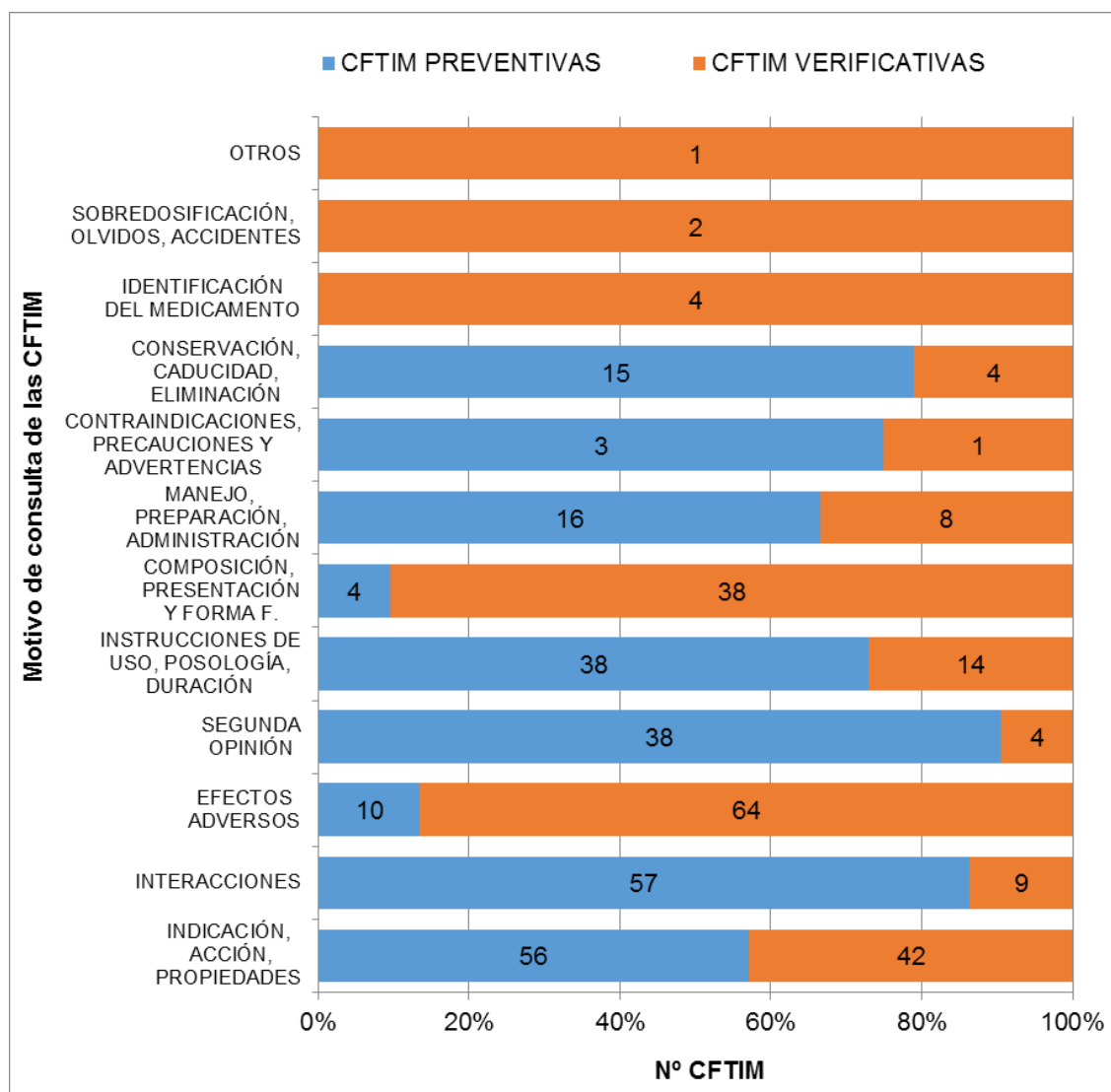


Figura 42. Motivos de consulta de las CFTIM registradas.

Las CFTIM preventivas fueron más frecuentes que las verificativas en siete de los doce motivos de consulta en los que se clasificaron las CFTIM. Las CFTIM de tres de ellos sólo fueron verificativas (“identificación del medicamento”, “sobredosificación, olvidos y accidentes” y “otros”). Las CFTIM verificativas más frecuentes fueron las relacionadas con los “efectos adversos” y la “composición, presentación y forma farmacéutica de los medicamentos”. Las CFTIM preventivas más frecuentes fueron las relacionadas con “interacciones” e “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”.

Las CFTIM más demandadas según las edades de los pacientes se muestran en la tabla 3.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	1º MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA	2º MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA
<11	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=7	USO, POSOLOGÍA, DURACION n=7
11-20	EFFECTOS ADVERSOS n=2	SEGUNDA OPINIÓN n=2
21-30	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=7	USO, POSOLOGÍA, DURACION n=7
31-40	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=11	EFFECTOS ADVERSOS n=6
41-50	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=12	INTERACCIONES n=11
51-60	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=20	EFFECTOS ADVERSOS n=12
61-70	EFFECTOS ADVERSOS n=21	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=20
71-80	EFFECTOS ADVERSOS n=20	INTERACCIONES n=17
>81	INTERACCIONES n=11	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES n=10

Tabla 3. Motivos más frecuentes de consulta de las CFTIM por grupos de edad.

En el anexo 2 se describen con mayor detalle el tipo de información sobre los medicamentos y la farmacoterapia en general, que incluye cada uno de los motivos de consulta utilizados en el presente estudio para clasificar las CFTIM.

INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

En el 62,4% (IC 95%; 57,8 % - 67,0 %) (n=267) de las CFTIM fue necesario conocer información clínica del paciente para resolverlas. Los motivos de consulta de las CFTIM en las que fue necesario disponer o no de información clínica para resolverlas se muestran en la figura 43.

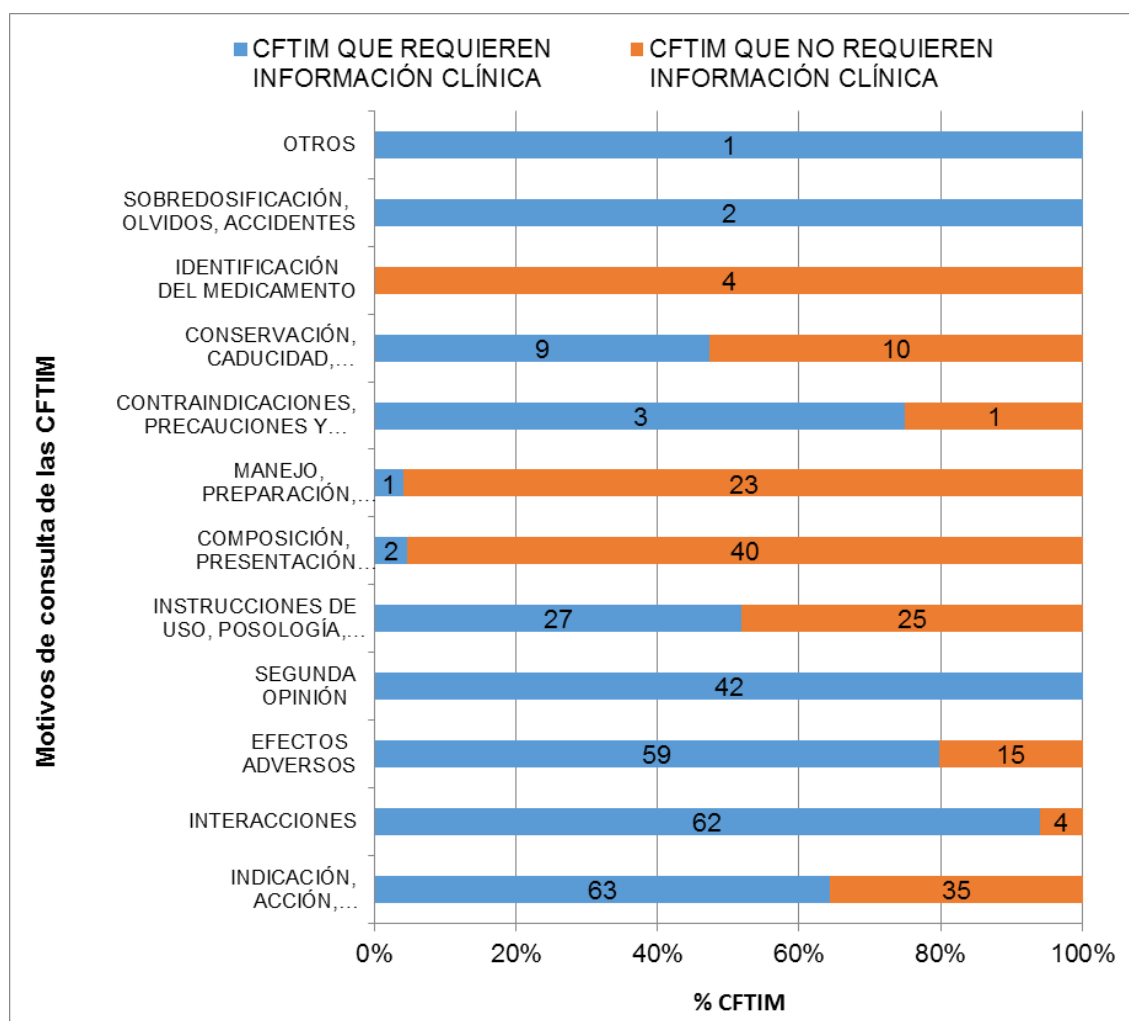


Figura 43. Motivos de consulta de las CFTIM que requieren o no disponer de información clínica del paciente para su resolución.

Como se puede observar no es necesario disponer de información clínica en las CFTIM relacionadas con la “identificación de medicamento” y prácticamente tampoco en las consultas sobre “composición, presentación y forma farmacéutica” y “manejo, preparación y administración”. Por el contrario, todas las CFTIM sobre “segunda opinión” y en prácticamente todas las relacionadas con “interacciones” y “sobredosificación, olvidos y accidentes”, así como una gran mayoría de las relacionadas con “efectos adversos”, “contraindicaciones, precauciones y advertencias” y “acción indicación y propiedades de los medicamentos”, fue necesario conocerla. En el resto de motivos de consulta hubo casi la mitad de casos en que fue necesario y otros en lo que no lo fue.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para resolver las CFTIM se utilizaron los conocimientos propios del farmacéutico en más de la mitad de las ocasiones 51,9% (IC 95%; 47,1 % - 56,6 %) (n=222), en un 28,5% (IC 95%; 24,2 % - 32,8 %) (n=122) se utilizó la base de datos Bot PLUS® (en soporte papel o digital), en un 8,6% (IC 95%; 6,0 % - 11,3 %) (n=37) ambos conjuntamente, en un 3,7% (IC 95%; 1,9 % - 5,5 %) (n=16) se utilizó la información proveniente de los laboratorios farmacéuticos, en un 1,6% (IC 95%; 0,4 % - 2,8 %) (n=7) la información contenida en bases de datos en internet y el Bot Plus®, y en un 1,4% (IC 95%; 0,3 % - 2,5 %) (n=6) la información contenida en bases de datos en internet. El resto de fuentes de información utilizadas fueron muy poco frecuentes, tal y como se muestra en la figura 44.

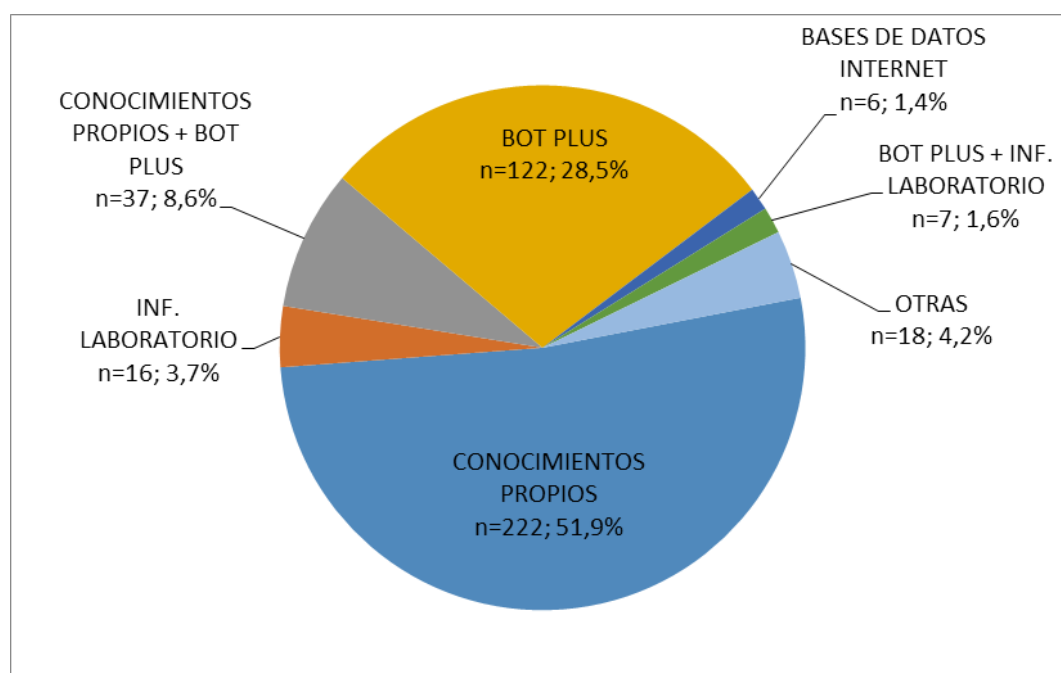


Figura 44. Fuentes de información utilizadas en la resolución de las CFTIM.

El sector circular "OTRAS" de la gráfica, incluye a las siguientes fuentes de información: Conocimientos propios+información de laboratorio n=4 0,9%; Bot Plus+bases de datos internet n=4 0,9%; CIM n=1 0,2%; Bot Plus+CIM n=1 0,2%; Revistas y/o libros + bases de datos internet n=1 0,2%; Revistas y/o libros n=1 0,2%; Conocimientos propios+otras n=1 0,2%; Información de laboratorio+CIM n=1 0,2%; Bases de datos internet+revistas y/o apuntes n=1 0,2%; Otras n=3 0,7% que fueron la aplicación informática "Check the meds" (n=2), un Manual de anticoagulados (n=1) y la ayuda de un compañero (n=1).

INFORMACIÓN PROPORCIONADA

Todas las CFTIM se respondieron de forma verbal y en 26 de ellas se proporcionó, además, información escrita 6,1% (IC 95%; 3,8 % - 8,3 %). Dicha información consistió en doce ocasiones en un informe 2,8% (IC 95%; 1,2 % - 4,4 %), en once ocasiones, en anotaciones en el envase del medicamento 2,6% (IC 95%; 1,1 % - 4,1 %), en una ocasión en un listado de medicamento con una indicación similar 0,2% (IC 95%; 0 % - 0,7 %), en otra un folleto (0,2%) y en otra la entrega de un prospecto (0,2%).

5.2.5 Resolución de las consultas e intervenciones posteriores.

La forma en que se respondieron las CFTIM fue muy similar a la forma en que se demandaron, es decir se respondieron un 90,2% (IC 95%; 87,4 % - 93,0 %) (n=386) de forma presencial y el resto telefónicamente 9,8% (IC 95%; 7,0 % - 12,6 %) (n=42), la diferencia estuvo en que cinco de las CFTIM demandadas presencialmente se respondieron telefónicamente.

Una vez respondidas las CFTIM se le preguntó al paciente si se le había resuelto la consulta. En el 100% de las CFTIM, éstos manifestaron que se había resuelto su consulta. El 97,4% (IC 95%; 95,9 % - 98,9 %) de las CFTIM (n=417) se resolvieron de forma inmediata, y las restantes once ocasiones 2,6% (IC 95%; 1,1 % - 4,1 %) hubo que citar al solicitante más tarde para resolverla.

Según FORO AF-FC, intervención, se define como la actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento del paciente que lo utiliza o de las condiciones de uso, y que tiene como objetivo resolver un PRM/RNM. De acuerdo con ésta definición y como consecuencia de las respuesta proporcionadas a las CFTIM demandadas, aproximadamente en la mitad de éstas se produjeron intervenciones complementarias 51,2% (IC 95%; 46,4 % - 55,9 %) (n=219). En la figura 45 se exponen dichas intervenciones complementarias.

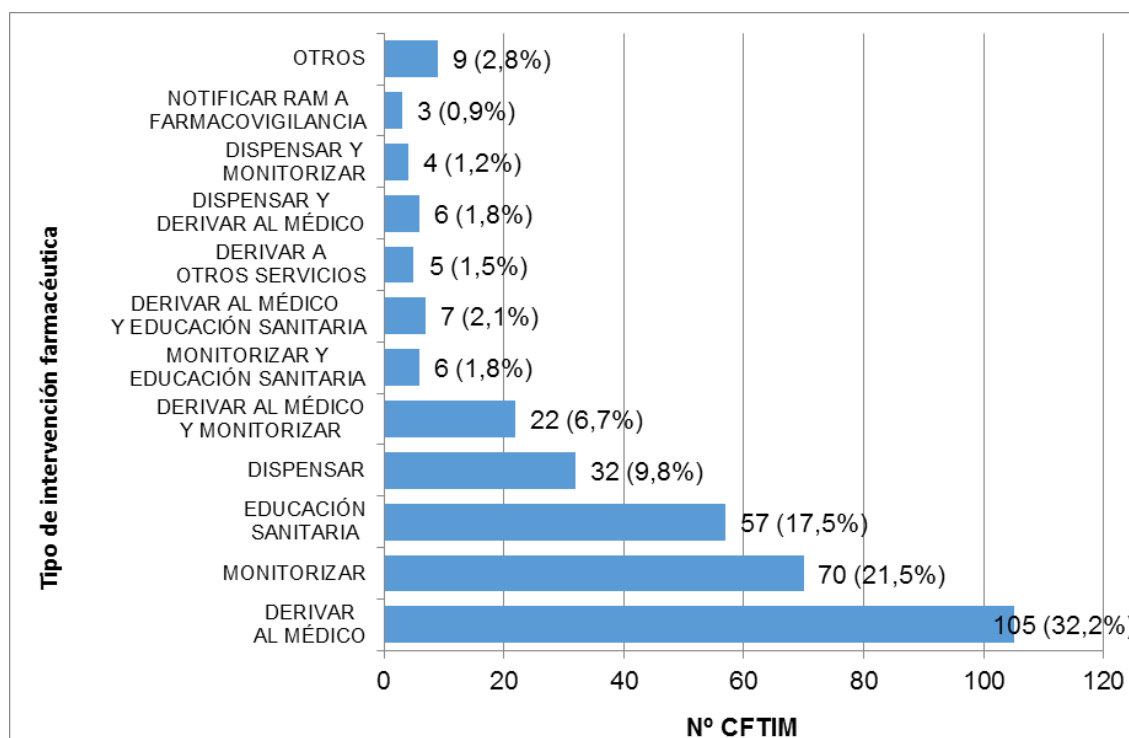


Figura 45. Intervenciones realizadas en la resolución de las CFTIM.

La intervención "Otros" de la figura incluye las siguientes intervenciones: "derivar al médico y notificar a farmacovigilancia" $n=2$ 0,6%; "monitorizar y derivar a otros servicios" $n=2$ 0,6%; "dispensar y derivar a otros servicios" $n=1$ 0,3%; "dispensar y educación sanitaria" $n=1$ 0,3%; "educación sanitaria y derivar a otros servicios" $n=1$ 0,3%; "monitorizar y notificar a farmacovigilancia" $n=1$ 0,3%".

Las intervenciones complementarias más frecuentes coincidieron en ser: derivar al médico, monitorizar, proporcionar educación sanitaria y dispensar. El resto son combinaciones entre éstas y la notificación de tres sospechas de reacciones adversas a medicamentos al Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.

Cuando se observan estas intervenciones en función de los motivos de consulta de las CFTIM (figura 46), se observa que el motivo de consulta de las CFTIM en las que más se "derivó al médico", se "proporcionó educación sanitaria", se "derivó al médico y se monitorizó", estuvo relacionado con los "efectos adversos", seguido de la "indicación, acción, propiedades de los medicamentos".

El principal motivo de consulta por el que se consultó en las CFTIM que finalizaron con una “dispensación” y con “monitorización”, fue la “indicación, acción, propiedades” de los medicamentos.

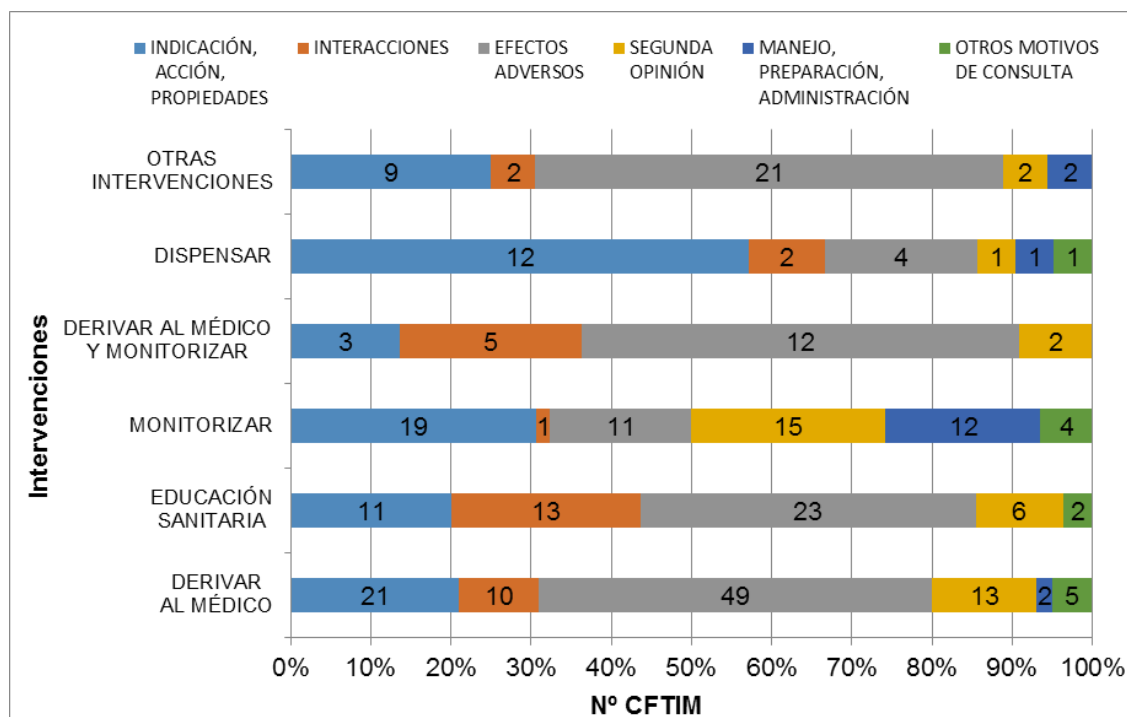


Figura 46. Motivos de consulta de las CFTIM en las que se produjeron las intervenciones farmacéuticas.

El apartado “Otras intervenciones” de la figura incluye las siguientes intervenciones: “derivar al médico y notificar a farmacovigilancia” n=2; “dispensar y derivar a otros servicios” n=1; “dispensar y educación sanitaria” n=1; “educación sanitaria y derivar a otros servicios” n=1; “monitorizar y derivar a otros servicios” n=2; “monitorizar y notificar a farmacovigilancia” n=1; “notificar a farmacovigilancia” n=3; “monitorizar y educación sanitaria” n=8; “dispensar y derivar al médico” n=3; “derivar al médico y educación sanitaria” n=6; “derivar a otros servicios” n=4; “dispensar y monitorizar” n=4.

El apartado “Otros motivos de consulta” de la figura incluye los siguientes motivos de consulta: “Instrucciones de uso, posología, duración” n=13; “composición, presentación y forma farmacéutica” n=13; “contraindicaciones, precauciones y advertencias” n=7; “conservación, caducidad, eliminación” n=7; “identificación del medicamento” n=2; “sobredosificación, olvidos, accidentes” n=1.

En general hay una amplia variabilidad de intervenciones y motivos de consulta, aunque se observa claramente como los efectos adversos son los motivos de consulta de las CFTIM en las que más intervenciones complementarias se realizan para resolverlas.

5.2.6 Medicamentos consultados

En todas las CFTIM atendidas se registró al menos un medicamento excepto en siete de ellas. Las causas fueron que el paciente no indicó un medicamento de forma exacta, eran medicamentos extranjeros o un principio activo sin medicamento registrado en España, no está asociado con una clasificación ATC, o sencillamente no se registró por la carga de trabajo en el momento de la consulta.

El 67,8% (IC 95%; 63,3 % - 72,2 %) de las CFTIM estaban relacionadas con un único medicamento (n=290), el 19,2% con dos, el 4,2% con tres, el 3,5% con cuatro, el 1,6% con cinco, el 1,9 con seis, el 0,7% con siete, el 0,7% con ocho y el 0,5% con nueve. La media de medicamentos por consulta fue 1,7% DE 1,4. A pesar de ello, en todas las CFTIM existía una relación mayor con un medicamento determinado que fue el que se registró y tabuló para conocer su naturaleza.

De las 428 CFTIM se tabularon 421 medicamentos, el 98,4% (IC 95%; 97,2 % - 99,6 %) y se clasificaron por grupos anatómicos según la clasificación ATC, resultando la figura 47.

Los grupos terapéuticos a los que pertenecieron los medicamentos consultados, según la clasificación ATC, fueron 57. Por razones de espacio, se han analizado los diez más frecuentes.

En la figura 48 se muestra la frecuencia de los medicamentos más demandados en las CFTIM clasificados por dichos grupos terapéuticos.

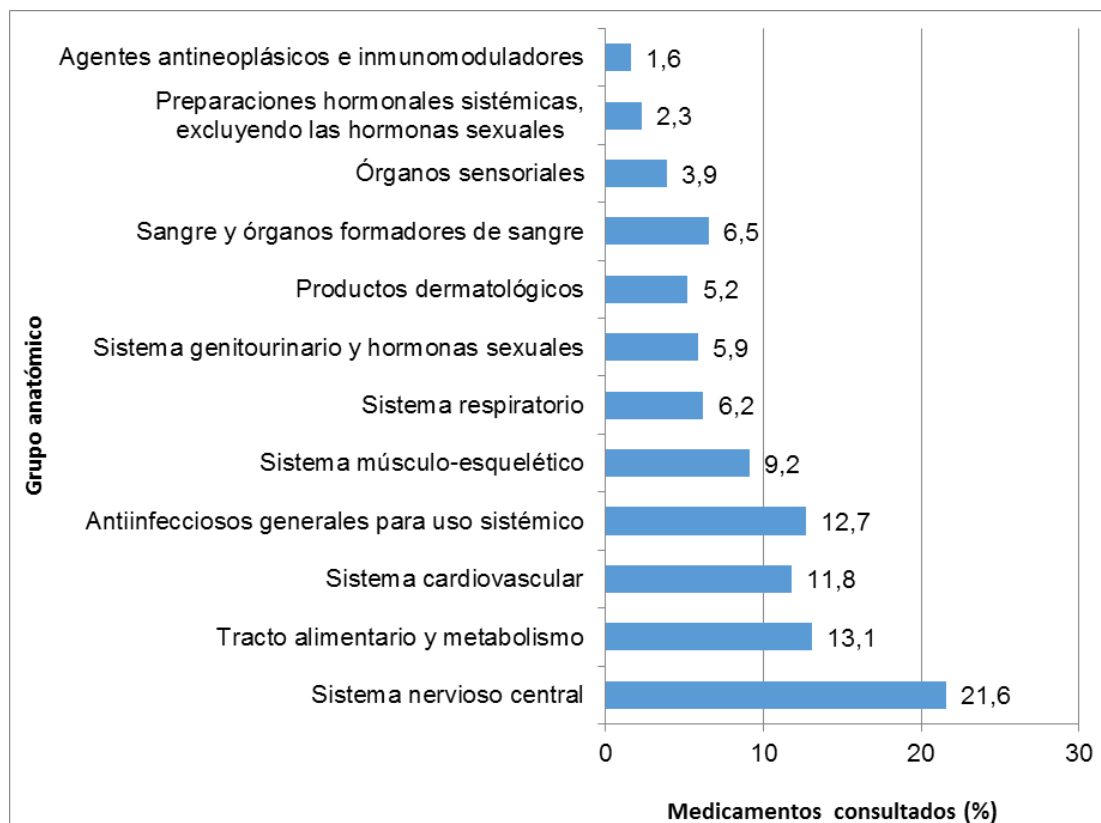


Figura 47. Clasificación de los medicamentos consultados según grupos principales de la clasificación ATC.

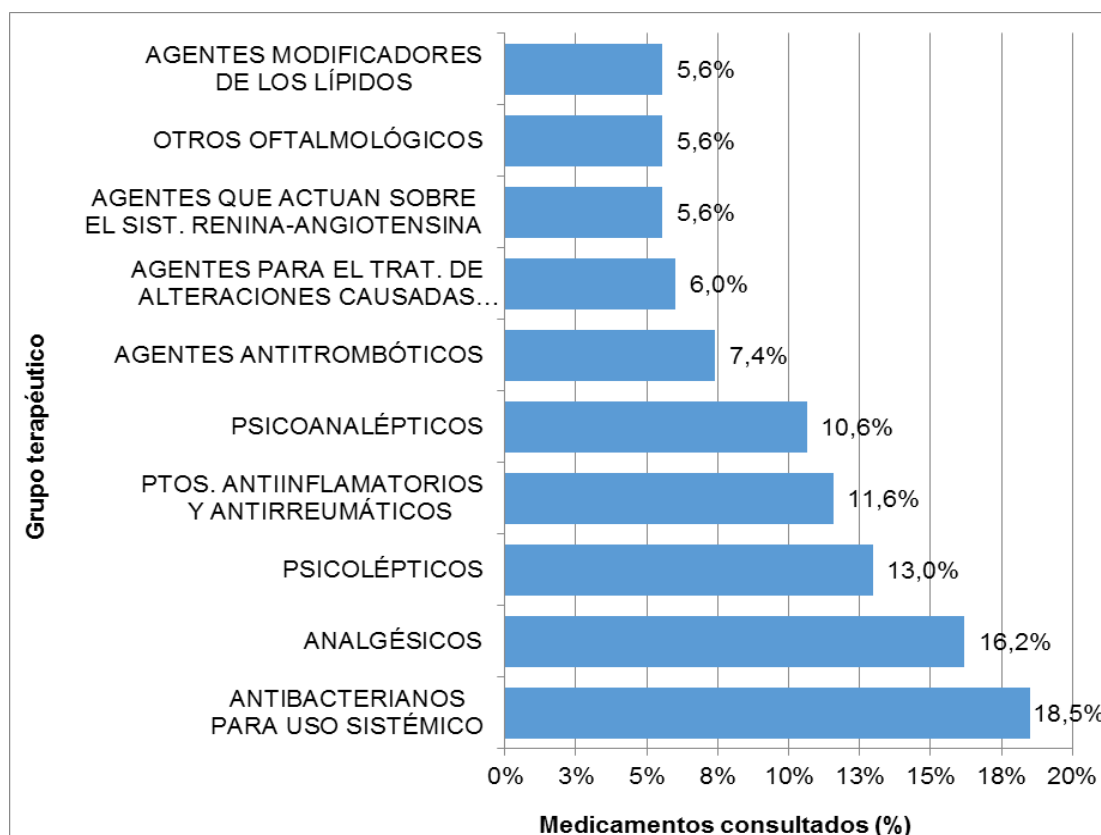


Figura 48. Grupos terapéuticos más frecuentes de los medicamentos consultados.

En la tabla 4 se muestran los motivos de consulta de las CFTIM en función del grupo terapéutico.

MOTIVO DE CONSULTA	GRUPOS TERAPÉUTICOS MÁS FRECUENTES
INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES	ANALGÉSICOS
INTERACCIONES	ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO ANALGÉSICOS PTOS.ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS
EFFECTOS ADVERSOS	PSICOLÉPTICOS
SEGUNDA OPINIÓN	PSICOLÉPTICOS AGENTES QUE ACTUAN SOBRE EL SIST.RENINA-ANGIOTENSINA AGENTES ANTITROMBÓTICOS
INSTRUCCIONES DE USO, POSOLOGÍA, DURACIÓN	ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO
COMPOSICIÓN, PRESENTACIÓN Y FORMA FARMACÉUTICA	ANALGÉSICOS
MANEJO, PREPARACIÓN, ADMINISTRACIÓN	PSICOANALÉPTICOS ANALGÉSICOS
CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS	NO FIGURAN
CONSERVACIÓN, CADUCIDAD, ELIMINACIÓN	ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO ANALGÉSICOS PTOS. ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO	ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO PTOS.ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS
SOBREDOSIFICACIÓN, OLVIDOS, ACCIDENTES	OTROS OFTALMOLÓGICOS (S01)

Tabla 4. Grupos terapéuticos más frecuentes en función del motivo de consulta de las CFTIM.

En la tabla 5 se muestran los motivos de consulta más frecuentes para cada grupo terapéutico.

GRUPO TERAPÉUTICO	MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES
ANTIBACTERIANOS PARA USO SISTÉMICO (J01)	INTERACCIONES
ANALGÉSICOS (N02)	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES INTERACCIONES
PSICOLÉPTICOS (N05)	INTERACCIONES EFFECTOS ADVERSOS
PTOS.ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS (M01)	INTERACCIONES
PSICOANALÉPTICOS (N06)	INTERACCIONES
AGENTES ANTITROMBÓTICOS (B01)	EFFECTOS ADVERSOS
AGENTES PARA EL TRAT. DE ALTERACIONES CAUSADAS POR ÁCIDOS (A02)	INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES
AGENTES QUE ACTUAN SOBRE EL SIST. RENINA-ANGIOTENSINA (C09)	SEGUNDA OPINIÓN
AGENTES MODIFICADORES DE LOS LÍPIDOS (C10)	EFFECTOS ADVERSOS
OTROS OFTALMOLÓGICOS (S01)	INSTRUCCIONES DE USO, POSOLOGÍA, DURACIÓN

Tabla 5. Motivo de consulta de las CFTIM más frecuente en función del grupo terapéutico.

5.2.7 Impacto sanitario de las CFTIM: Información, PRM y RNM.

Para un mejor entendimiento, de los resultados obtenidos en la atención y resolución de las CFTIM y su impacto sanitario, éstos se pueden dividir en dos grupos: impacto sanitario directo e impacto sanitario indirecto.

El impacto sanitario directo está constituido por los resultados obtenidos relacionados con la provisión de información y la detección de PRM y RNM, mientras que el impacto sanitario indirecto está constituido por los resultados obtenidos como consecuencia de la evitación de los PRM y la resolución de los RNM, detectados previamente.

IMPACTO SANITARIO DIRECTO

El impacto sanitario directo de las 428 CFTIM atendidas fue:

1. Provisión de información farmacoterapéutica
2. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de RNM
3. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de PRM

La figura 49 muestra estos resultados.

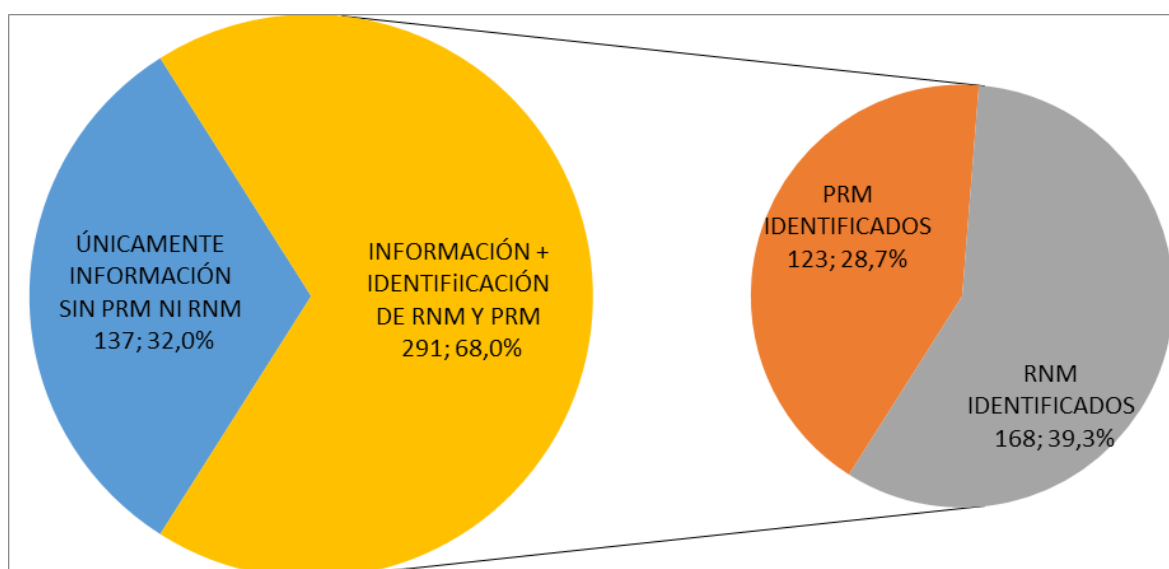


Figura 49. Impacto sanitario directo de las CFTIM.

1. Provisión de información farmacoterapéutica de los medicamentos.
En 137 CFTIM 32,0% (IC 95%; 27,6 % - 36,4%) únicamente se aportó al paciente la información demandada sobre el medicamento/s, sin identificarse en ellas resultados en la salud del paciente no adecuados al objetivo de la farmacoterapia y asociados al fallo o uso de medicamentos (RNM) o situaciones en el proceso de uso del medicamento que los causaron o pudieron causarlos (PRM).

2. Provisión de información farmacoterapéutica de los medicamentos e identificación de RNM.
En un 39,3% (IC 95%; 34,6 % - 43,9 %) de las CFTIM además de proporcionar la información demandada sobre los medicamentos se identificaron 168 RNM.

3. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de PRM.
Un 28,7% (IC 95%; 24,5 % - 33,0 %) de las CFTIM en las que además de proporcionar información sobre medicamentos se identificaron directamente 123 PRM (situaciones en el proceso de uso del medicamento que causan o puede causar un RNM). De los 123 PRM identificados, 83, 67,5% (IC 95%; 59,2 % - 75,8 %) fueron PRM probables porque el paciente todavía no había utilizado el medicamento sobre el que consultaba, y los 40 restantes fueron PRM reales (32,5%) (IC 95%; 24,2 % - 40,8 %). Además de los PRM identificados, en 20 CFTIM 4,7% (IC 95%; 2,7 % - 6,7 %) se detectó además otro PRM adicional.

Estos resultados se muestran en la figura 50.

El impacto sanitario directo de las CFTIM según el solicitante de éstas es bastante similar a excepción de cuando son solicitadas por un profesional sanitario, debido a su baja frecuencia (figura 51).

El impacto sanitario según el sexo del paciente (figura 52), es mayor en las mujeres que en los hombres.

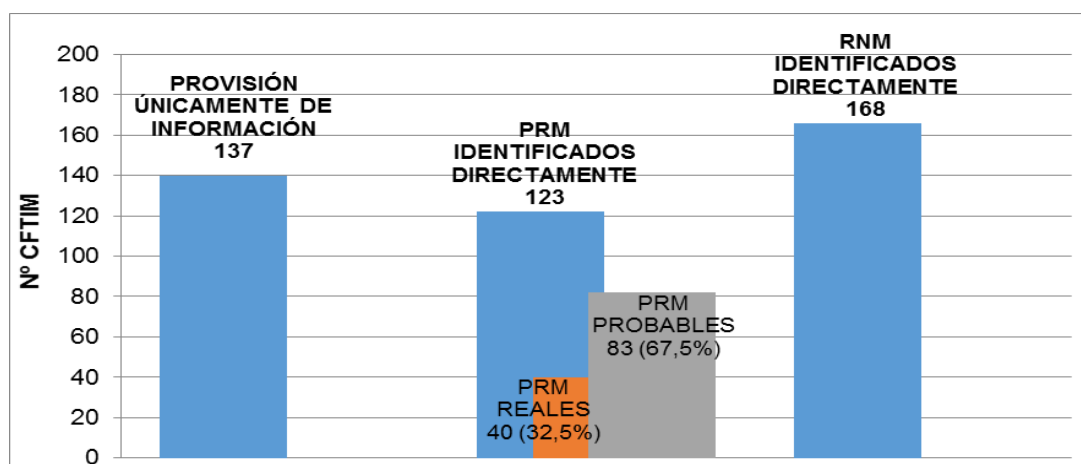


Figura 50. Impacto sanitario directo de las CFTIM detallando los PRM y RNM identificados.

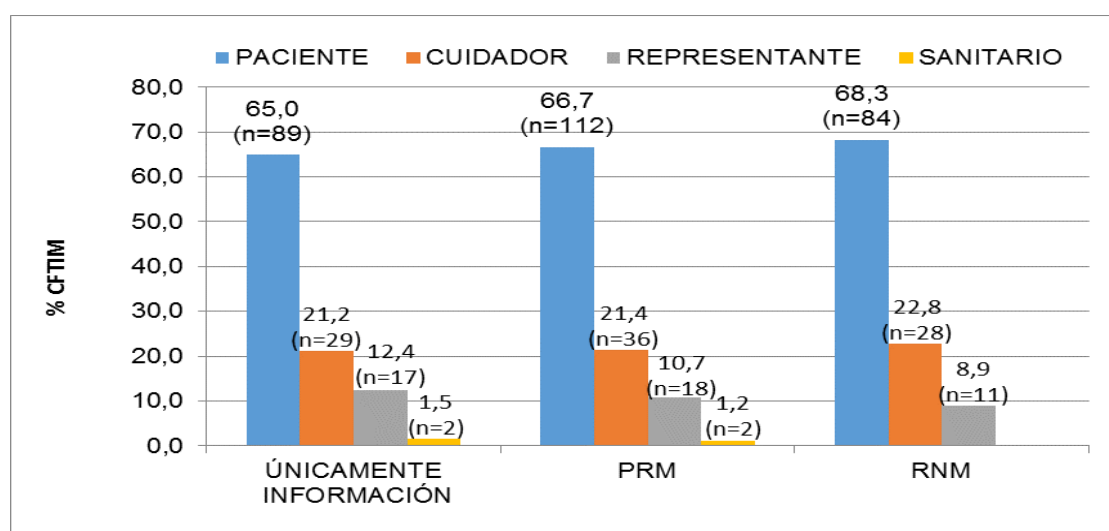


Figura 51. Impacto sanitario directo de las CFTIM según su solicitante.

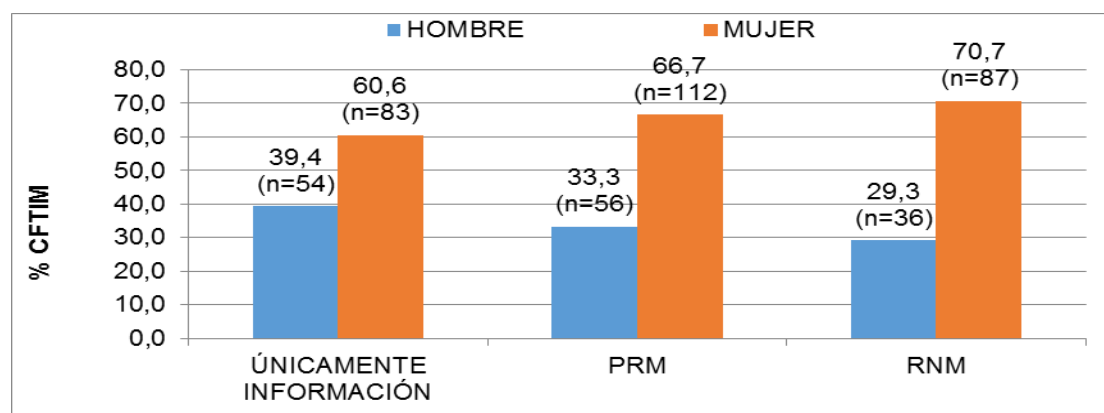


Figura 52. Impacto sanitario directo de las CFTIM según el sexo del paciente al que se destinan.

El impacto sanitario directo de las CFTIM según la forma y el lugar en que se demandan las CFTIM por los solicitantes se muestra en las figuras 53 y 54.

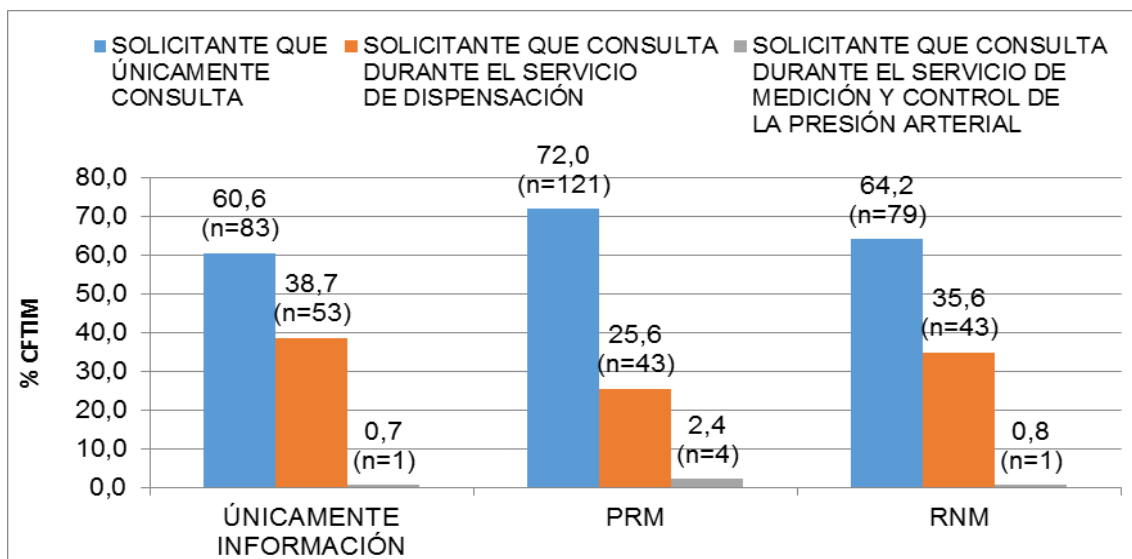


Figura 53. Impacto sanitario directo de las CFTIM según la forma en que se demandan.

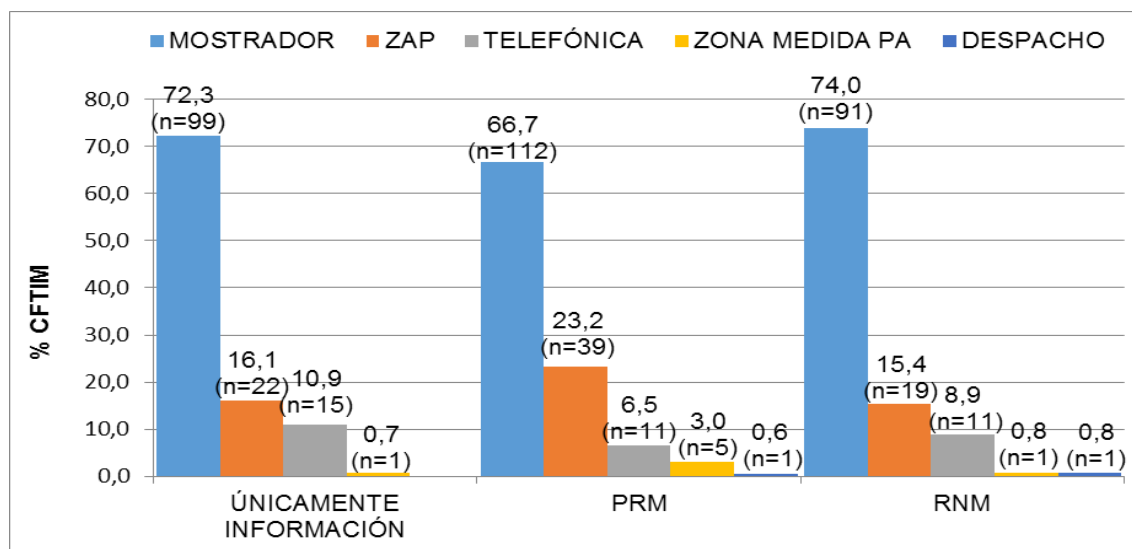


Figura 54. Impacto sanitario directo de las CFTIM según el lugar en que se demandan.

El mostrador es el lugar donde más CFTIM se atienden y donde más se identifican los PRM y RNM, seguido de la ZAP, el teléfono y la zona de medida de la PA. Los PRM más frecuentes identificados en el mostrador fueron los relacionados con la “probabilidad de efectos adversos”. En la ZAP con la “administración errónea del medicamento”, por teléfono con la “dosis, pauta o

duración no adecuada” y en la zona de medida de la PA con la “dosis, pauta o duración no adecuada” y el “incumplimiento”.

El impacto sanitario según el personal que atiende las CFTIM se muestra en la figura 55.

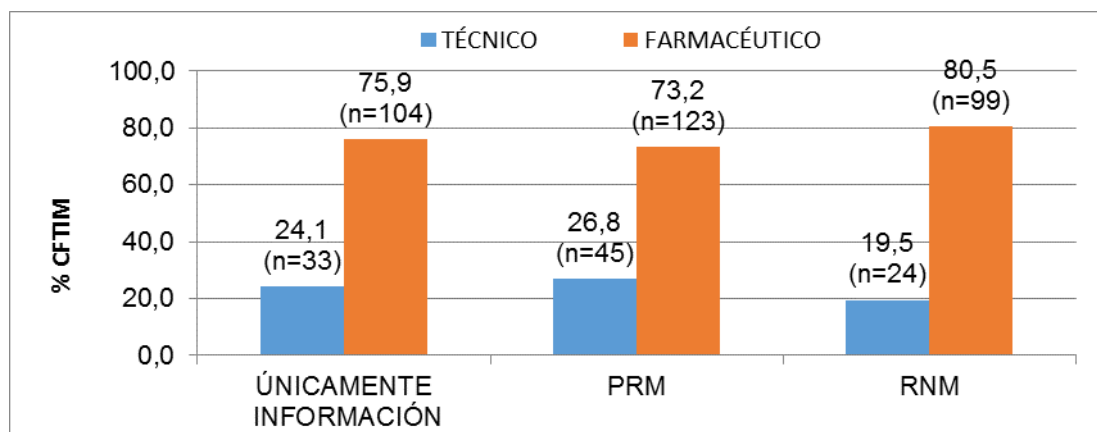


Figura 55. Impacto sanitario directo de las CFTIM según el personal que las atiende.

En la práctica farmacéutica habitual de la farmacia comunitaria el técnico en farmacia y parafarmacia atiende prácticamente la tercera parte de las CFTIM.

Los motivos de consulta más frecuentes se pueden apreciar en la figura 56. De acuerdo con la figura, en las CFTIM relacionadas con la “identificación de medicamentos” y “otros” no se detectaron ni PRM ni RNM. Tampoco se identificaron RNM en aquellas CFTIM que tenían como motivo de consulta el “manejo, preparación y administración de medicamentos”. Tampoco se identificaron PRM directamente en las relacionadas con la “sobredosificación, olvidos accidentes”, “contraindicaciones, precauciones, advertencias” y “efectos adversos”. En el resto de motivos de consulta de las CFTIM se identificaron PRM y RNM con distinta frecuencia.

Los motivos de consulta de las CFTIM en las que se detectan los diferentes tipos de PRM se detallan en la figura 57.

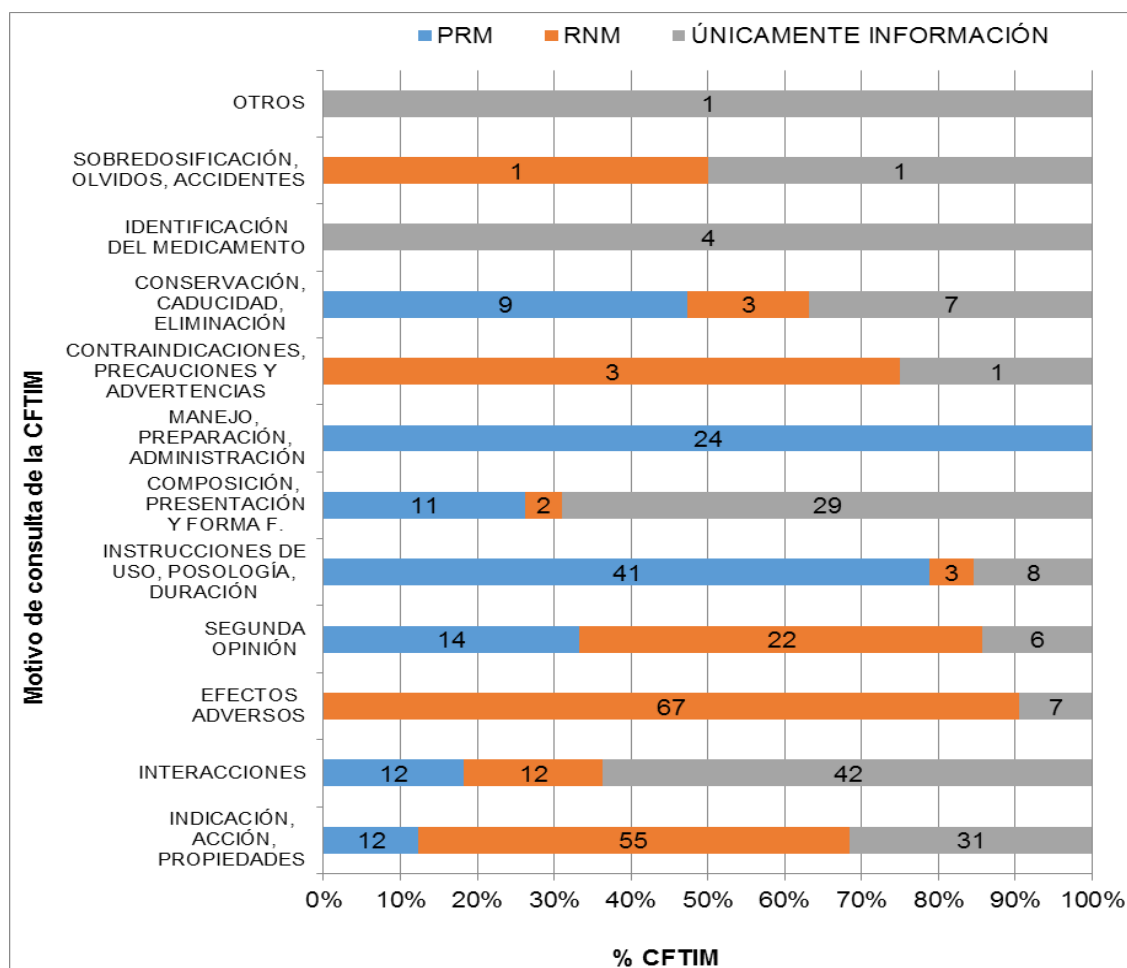


Figura 56. Impacto sanitario directo de las CFTIM según su motivo de consulta.

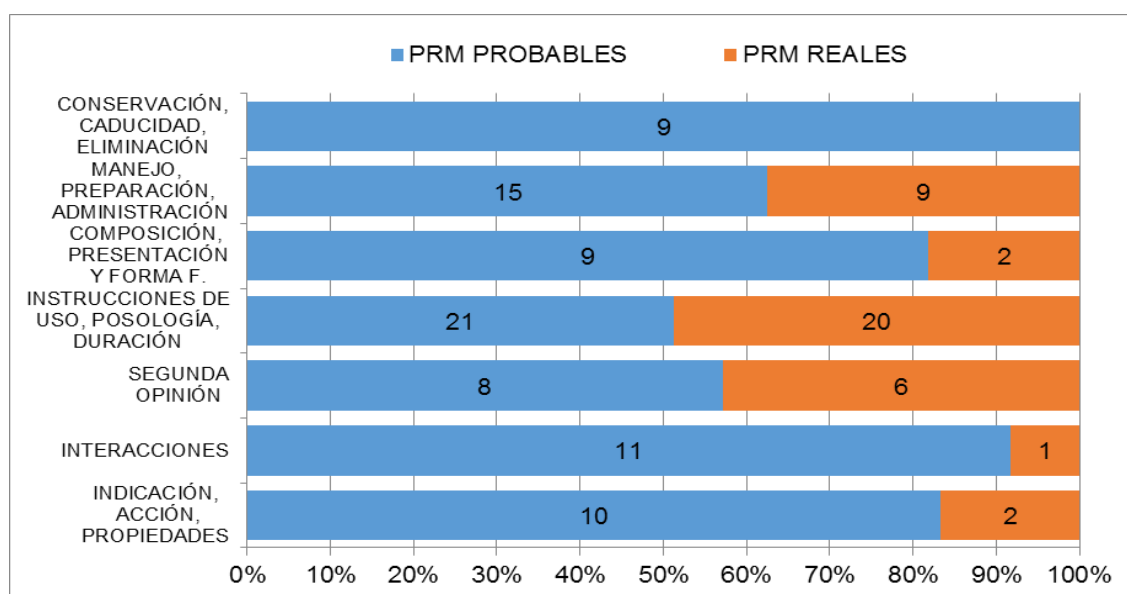


Figura 57. Impacto sanitario directo de las CFTIM en las que se identifican PRM reales y probables según su motivo de consulta.

Las diferencias principales entre los motivos de consulta de las CFTIM que identifican PRM probables frente a las que identifican PRM reales, es que en los motivos relacionados con la “conservación, caducidad, eliminación” de los medicamentos sólo se identifican PRM probables al igual que ocurre en más del 80% de las CFTIM en las que se consulta por “interacciones”, “indicación acción y propiedades” y “composición presentación y forma farmacéutica” de los medicamentos. Los PRM reales se detectan prácticamente en las CFTIM en las que se consulta por “instrucciones de uso, posología y duración”, “manejo, preparación, administración” y “segunda opinión”.

El impacto sanitario directo producido en función del tipo de CFTIM es diferente, tal y como se muestra en la figura 58, primando en las CFTIM verificativas la provisión únicamente de información a diferencia de las CFTIM preventivas en que se identifican más PRM. Se encontraron diferencias significativas respecto al impacto sanitario entre ambos tipos de consulta ($p < 0,001$).

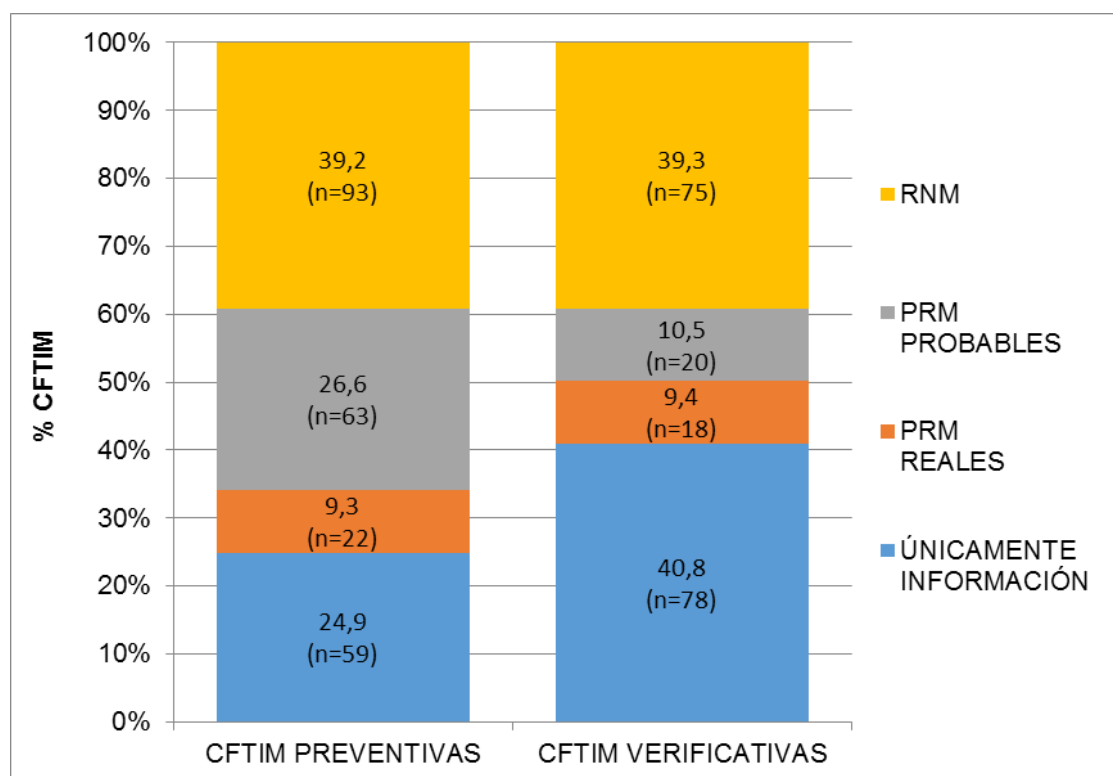


Figura 58. Impacto sanitario directo según el tipo de CFTIM.

De acuerdo con esta figura en las CFTIM preventivas se identifican mayor cantidad de PRM y RNM que en las verificativas. Se observa como en las consultas preventivas se detectan más PRM que en las verificativas, pero sobretodo PRM potenciales, ya que los PRM reales son detectados prácticamente por igual en ambos tipos de consultas. Por otro lado aunque porcentualmente se identifican RNM por igual, en valores absolutos se detectan más RNM en las CFTIM preventivas que en las verificativas. A cambio, en las CFTIM verificativas es donde se responden más consultas en las que únicamente se proporciona información sobre los medicamentos.

Para conocer los tipos de PRM y RNM identificados directamente, se muestran las figuras 59 y 60 respectivamente.

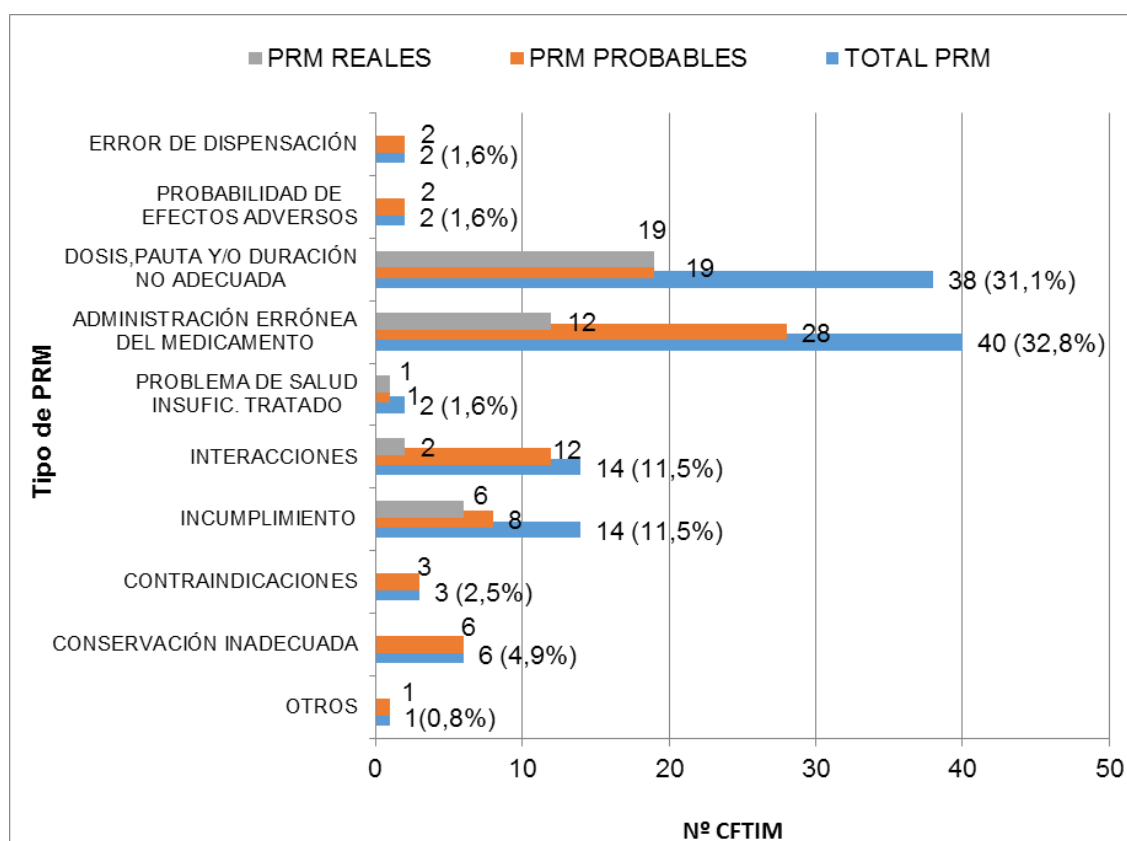


Figura 59. PRM identificados directamente en las CFTIM.

En esta figura se puede destacar como de todos los PRM sólo los relacionados con la “administración errónea del medicamento”, con las “interacciones” y con el

“incumplimiento” fueron identificados con mayor frecuencia de forma probable que real.

Los RNM identificados directamente clasificados en función de la necesidad, efectividad y seguridad, se muestran en la figura 60, apreciándose que en las CFTIM los RNM que se identifican con mayor frecuencia son los RNM relacionados con la seguridad de los medicamentos, seguidos de los relacionados con la necesidad y la efectividad.

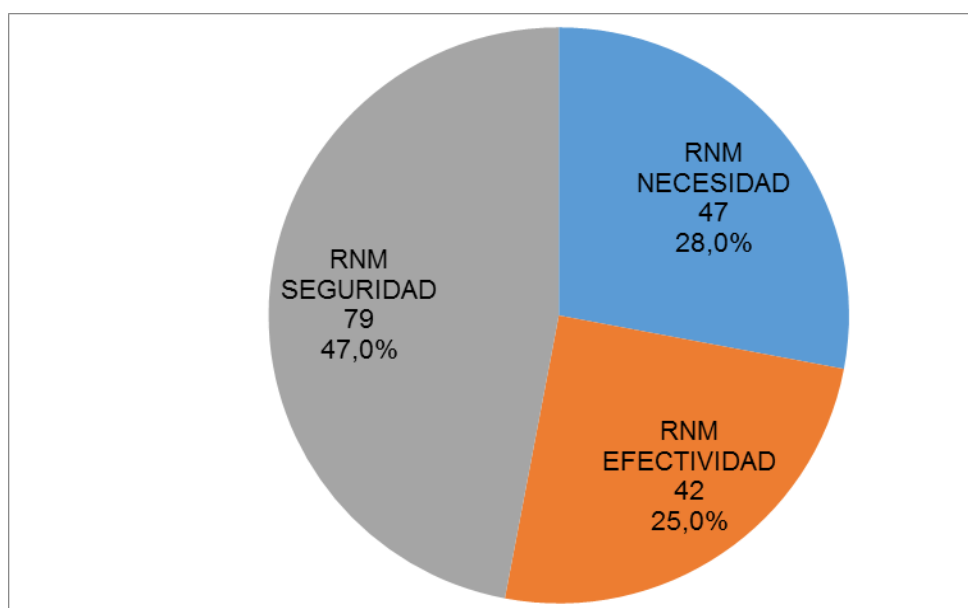


Figura 60. Clasificación de los RNM identificados directamente en las CFTIM.

IMPACTO SANITARIO INDIRECTO

Como consecuencia de la identificación directa de los PRM y RNM se producen también otros resultados relacionados con el impacto sanitario de las CFTIM, estos resultados son:

1. Evitación de PRM y prevención de RNM.

De los 123 PRM identificados se evitaron 116, un 94,3% (IC 95%; 90,2 % - 98,4 %): todos los PRM reales (n=40) y el 92,7% (76) de los 83 PRM probables. Así se previno la aparición de 123 RNM.

2. Resolución de RNM.

De los 168 RNM identificados se resolvieron 107, un 63,7% (IC 95%; 56,4 % - 71,0 %).

En la figura 61 se muestran los PRM y RNM totales identificados directamente y que forman parte del impacto sanitario directo, junto a los PRM y RNM evitados y resueltos que forman parte del impacto sanitario indirecto.

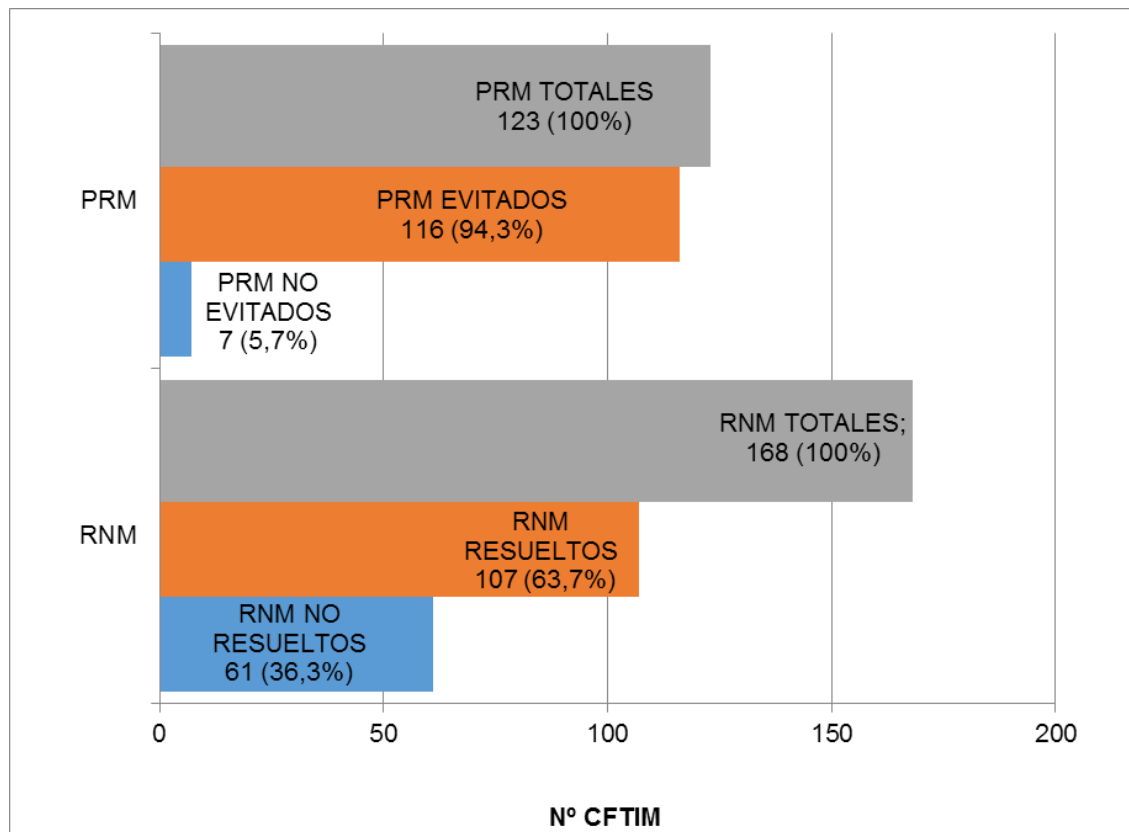


Figura 61. Impacto sanitario directo e indirecto de las CFTIM en relación con PRM y RNM.

El impacto sanitario indirecto de las CFTIM puede medirse a través de la evitabilidad de los PRM (porcentaje de PRM evitados respecto de los PRM identificados) y la resolubilidad de los RNM (porcentaje de RNM resueltos respecto de los RNM identificados). Así, la evitabilidad de los PRM obtenida en esta actividad es del 94,3% (del 100% en los PRM reales y del 92,7% en los PRM probables), mientras que la resolubilidad de los RNM fue del 63,7%.

Es interesante cuáles fueron los PRM evitados y los no evitados tal y como muestra la figura 62.

Los siete PRM no evitados fueron debidos a cuatro tipos de PRM: a dos “errores de dispensación”, a un “problema de salud insuficientemente tratado”, a tres

“interacciones” y a un “incumplimiento”. Todos los PRM no evitados eran PRM probables, es decir, todavía no se había comenzado a utilizar el medicamento en el momento de la consulta.

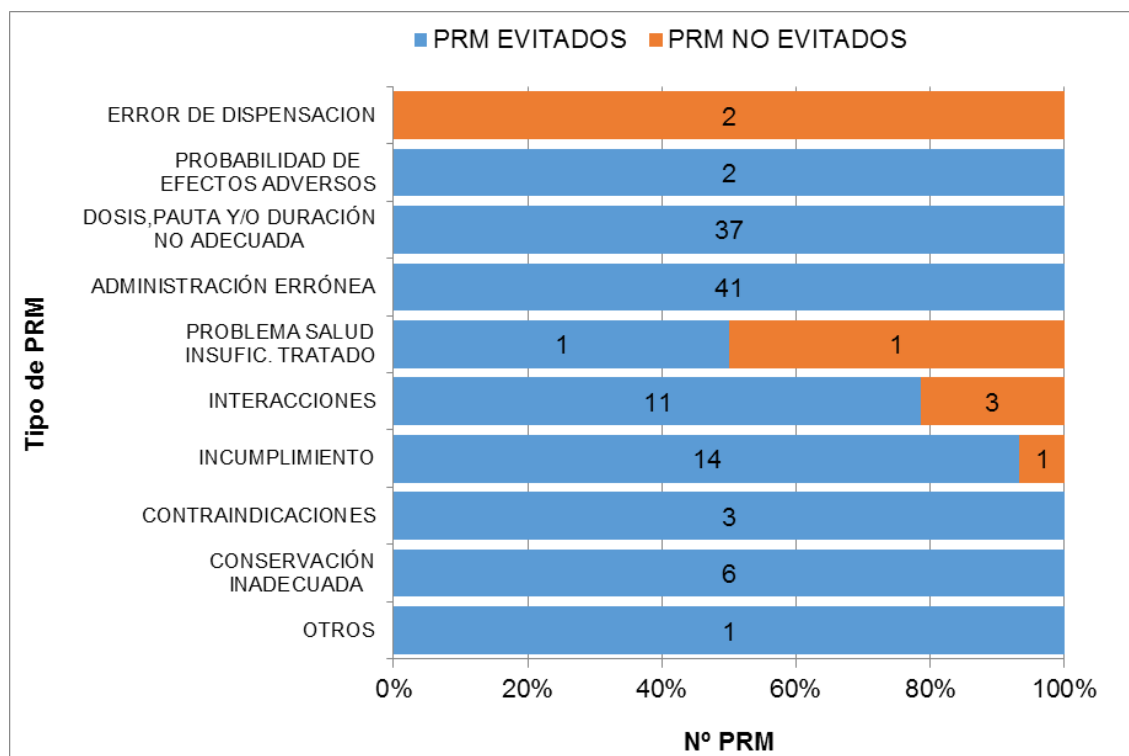


Figura 62. PRM evitados y no evitados.

Los RNM resueltos y no resueltos fueron se muestran en la figura 63.

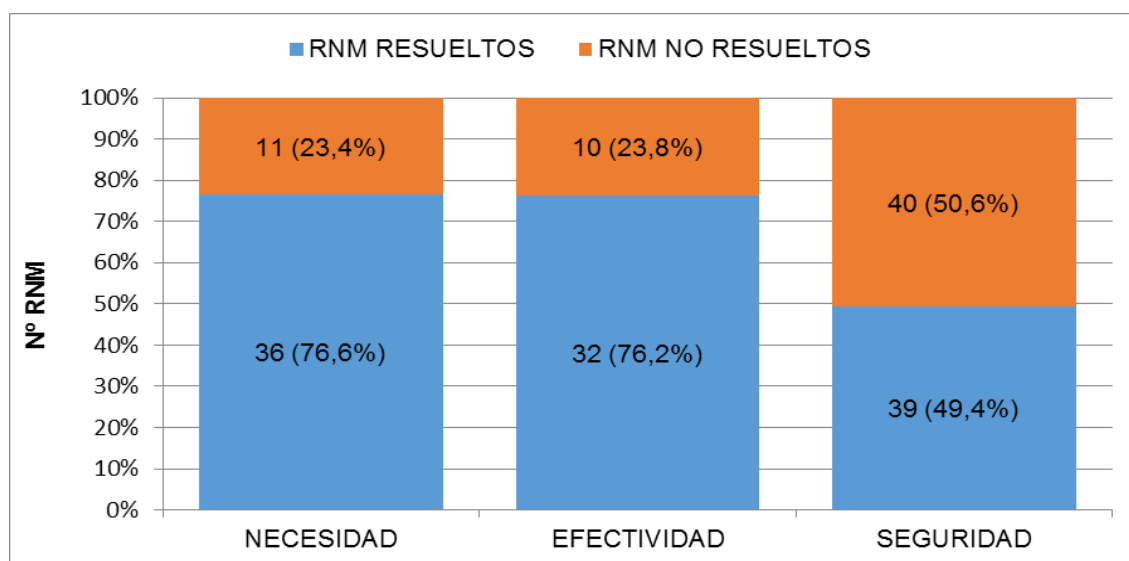


Figura 63. Impacto sanitario indirecto de las CFTIM sobre los RNM.

Como se puede observar la mayor parte de los RNM no resueltos están relacionados con la seguridad de los medicamentos. Para conocer las causas (PRM) tanto de los RNM resueltos como no resueltos se muestra la figura 64.

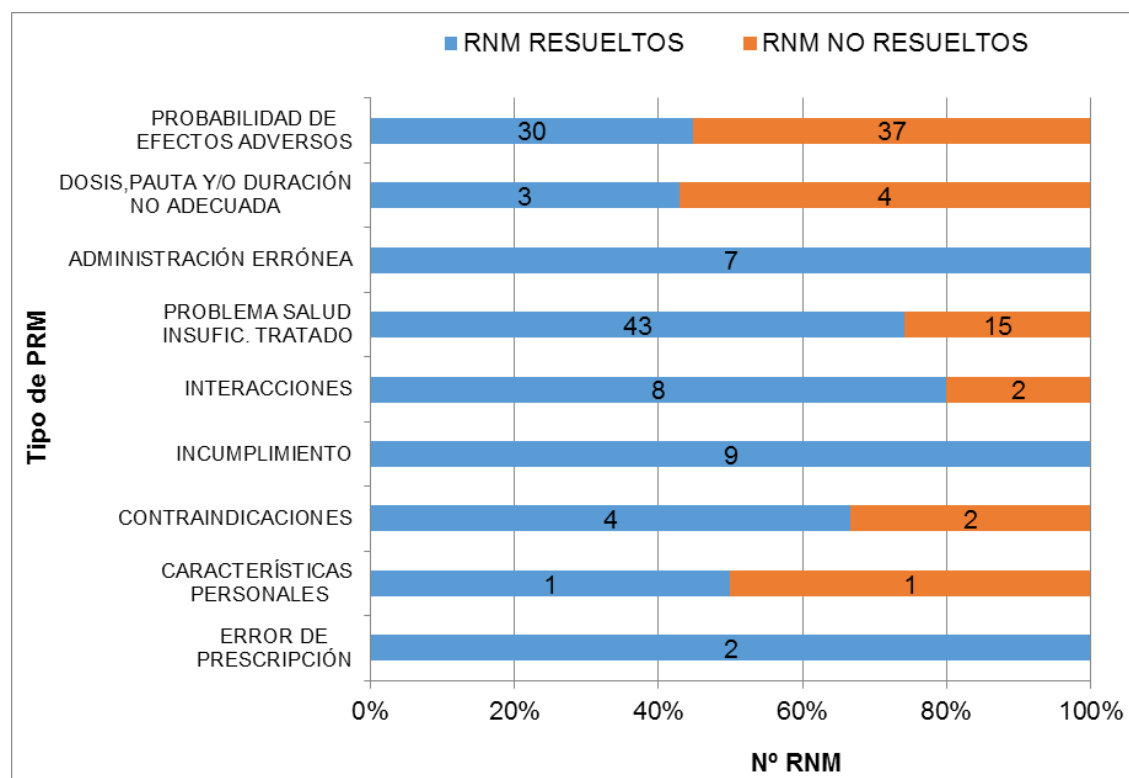


Figura 64. Tipos de PRM causantes de RNM resueltos y no resueltos.

Los PRM más frecuentes que causan la existencia de los RNM no resueltos son los relacionados con “probabilidad de efectos adversos” de los medicamentos, y con “problemas de salud insuficientemente tratados”. Sin embargo, estos mismos PRM pueden ser también evitados resolviendo el RNM correspondiente.

En definitiva el Impacto sanitario global (impacto directo e indirecto) sería:

1. Provisión de información farmacoterapéutica
2. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de RNM
3. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de PRM
4. Evitación de PRM identificados y prevención de RNM
5. Resolución de RNM identificados

A continuación en la figura 65, se muestran todos los PRM (probables y reales) identificados en las CFTIM, tanto los que se identificaron directamente, como los que se identificaron a partir de los RNM identificados directamente.

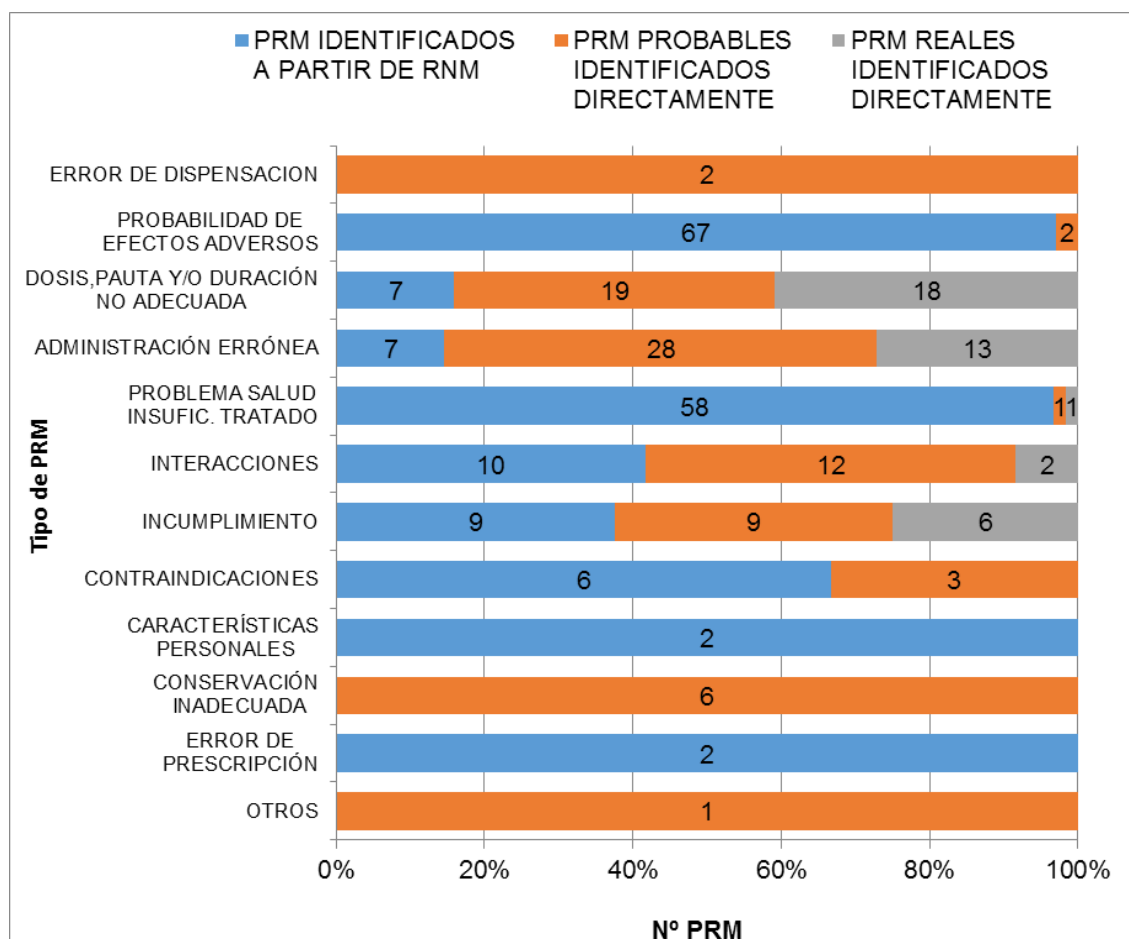


Figura 65. Clasificación de todos los PRM (reales y probables) identificados directamente y a partir de RNM. El PRM “otros” está relacionado con el coste del medicamento.

Destaca como la “probabilidad de efectos adversos” seguido de los “problemas de salud insuficientemente tratados”, que son precisamente los PRM más frecuentes, prácticamente sólo se pueden evitar cuando ya han ocasionado un RNM, lo cual dificulta su prevención.

Por el contrario, todos los PRM probables permiten ser identificados directamente y por tanto evitarse antes de que lleguen a causar RNM.

La información sobre el tipo de CFTIM en el que se identifican todos los PRM tanto directamente como a partir de los RNM, se muestra en la figura 66.

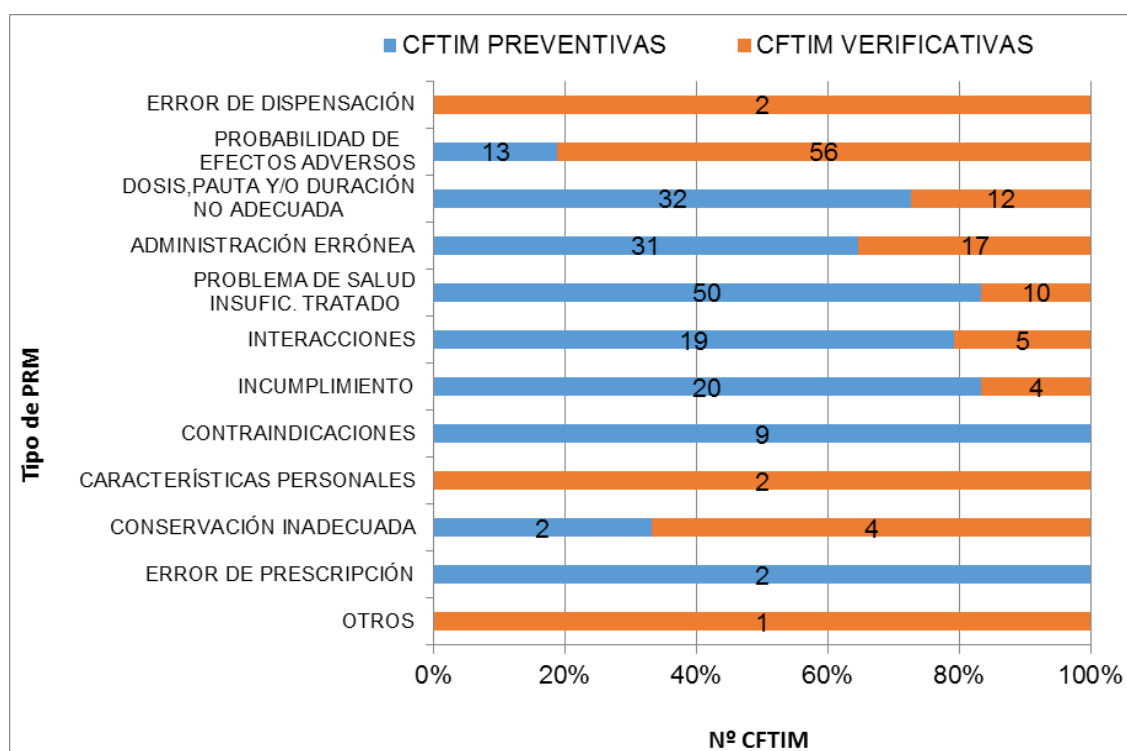


Figura 66. Clasificación de los PRM identificados directamente e indirectamente a través de los RNM en función del tipo de CFTIM.

Esta gráfica permite conocer la naturaleza de los PRM en función del tipo de las CFTIM que se reciben.

Por otro lado, también conviene conocer cuáles son los PRM más frecuentes en las CFTIM en las que se dispuso de información clínica del paciente, por si dicha variable puede influir en la evitación de algunos de los PRM. Dicha información se expone en la figura 67.

La “administración errónea”, la “dosis, pauta y/o duración no adecuada” de un medicamento son los PRM más frecuentes que se detectan en las CFTIM que para resolverlas no requieren que se conozca información clínica del paciente al que van destinadas.

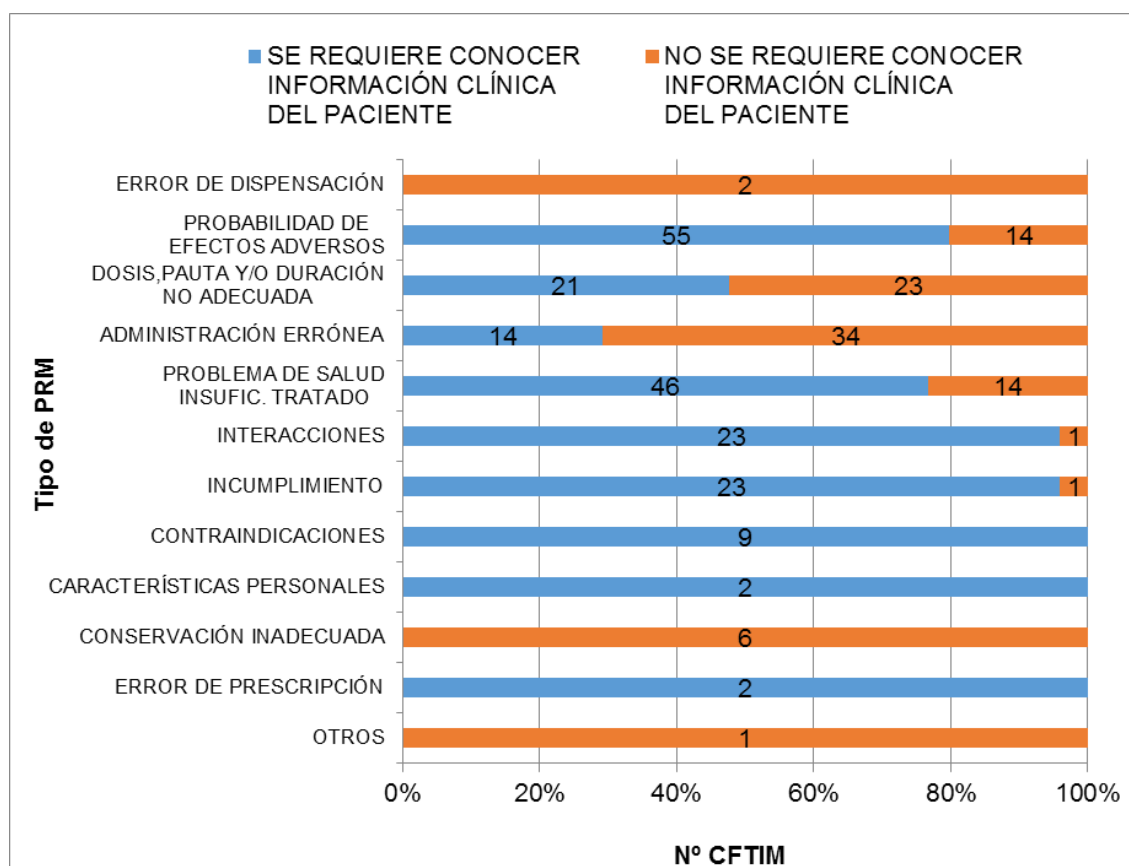


Figura 67. Tipo de PRM en función de si fue necesario conocer información clínica del paciente en las CFTIM.

La clasificación de todos los RNM identificados tanto directamente como aquellos prevenidos en base a la necesidad, efectividad y seguridad, se recoge en la figura 68.

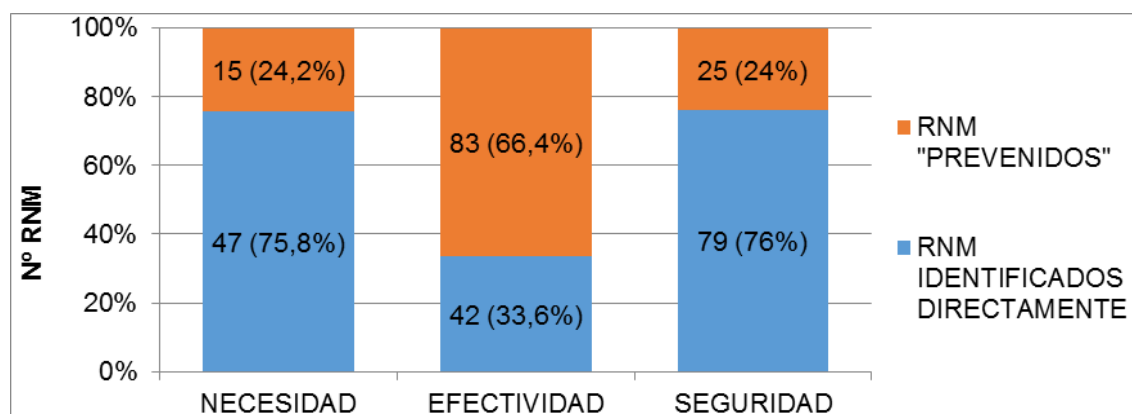


Figura 68. Clasificación de todos los RNM reales y probables identificados directamente y prevenidos. *Porcentajes referidos a los totales de necesidad, efectividad y seguridad.*

Los RNM de necesidad y seguridad son los que primero se identifican lo cual es importante para su resolución. Los RNM prevenidos tan sólo informan de lo que pudiera haber ocurrido si no se hubieran evitado los PRM que los habrían causado.

Las causas de todos los RNM (identificados directamente y prevenidos) clasificados en base a su necesidad, efectividad y seguridad se muestra en la figura 69.

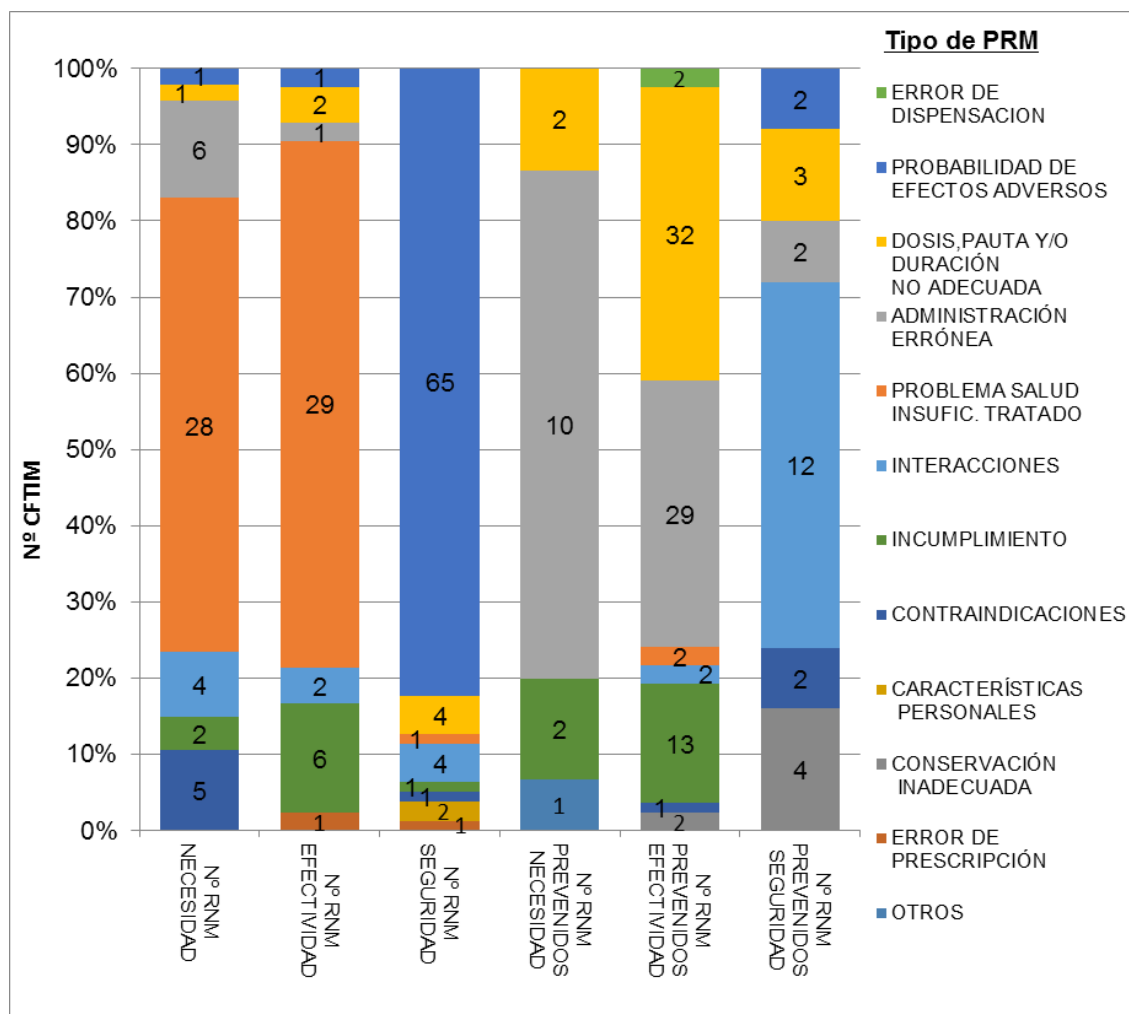


Figura 69. RNM identificados (directa e indirectamente) clasificados en función de la necesidad, efectividad y seguridad con el detalle de los PRM que los causaron.

Destacan con diferencia los PRM de “probabilidad de efectos adversos” como causantes de la mayoría de los RNM de seguridad. Los PRM de “problema de

salud insuficientemente tratado” causan más de la mitad de los RNM de necesidad y de efectividad. Por otro lado, los PRM de “dosis, pauta, y/o duración no adecuada”, de administración errónea del medicamento” y de “incumplimiento” al ser evitados, previnieron prácticamente todos los RNM de efectividad que se habrían producido. De igual modo sucede con las “interacciones” que cuando se resolvieron previnieron más de la mitad de los RNM de seguridad que se habrían producido, y con la administración errónea del medicamento que previnieron más de la mitad de los RNM de necesidad que se habrían producido.

Por último, como consecuencia del impacto sanitario de la atención y resolución de las CFTIM se realizaron una serie de intervenciones que pueden consultarse en la figura 70.

Además de la provisión de información farmacoterapéutica, la resolución de las CFTIM se acompaña de intervenciones adicionales. Estas intervenciones se realizan cualitativa y cuantitativamente con mayor frecuencia conforme mayor es el valor del impacto sanitario de la consulta, así cuantitativamente, en las CFTIM que finalizan únicamente con la provisión de información sobre el medicamento, las intervenciones constituyen el 19,0%, mientras que en las CFTIM en las que se identifican PRM llegan al 42,3% y en las que se identifican RNM están presentes en el 84,5%.

Cualitativamente en esta figura se puede apreciar como el tipo de intervenciones va aumentando siendo mayor cuando en las CFTIM se identifican RNM.

En las CFTIM en las que únicamente se proporciona información la principal intervención es monitorizar, al igual que ocurre en las CFTIM en las que se identifican PRM, mientras que en las que se identifican RNM la intervención más frecuente es la derivación al médico. De hecho, tanto la derivación al médico como la provisión de educación sanitaria se van incrementando conforme aumenta el impacto sanitario de las CFTIM.

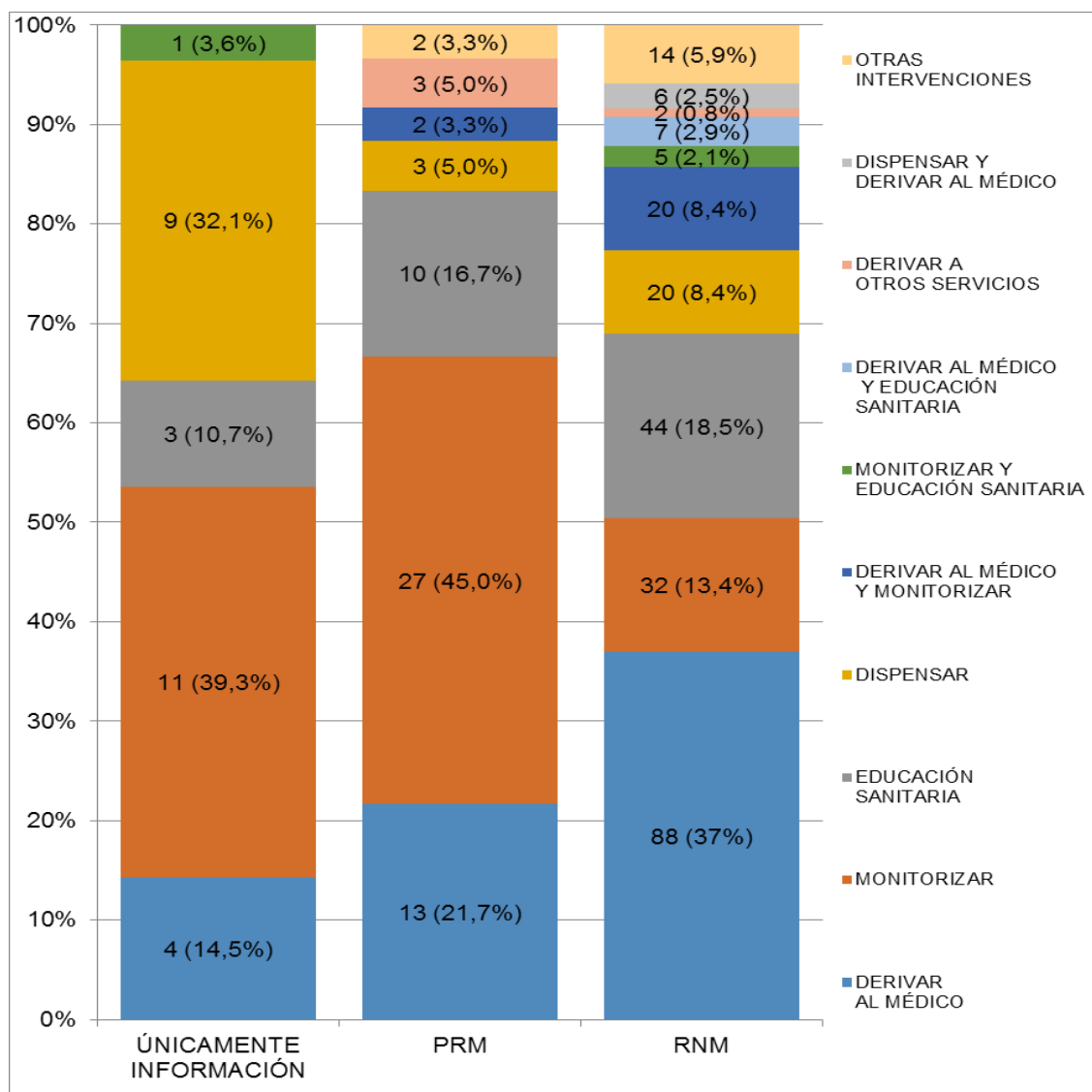


Figura 70. Intervenciones como consecuencia del impacto sanitario total de las CFTIM.

El apartado “Otras intervenciones” de la figura incluye las siguientes intervenciones: “derivar al médico y notificar a farmacovigilancia” n=2 0,6%; “dispensar y derivar a otros servicios” n=1 0,3%; “dispensar y educación sanitaria” n=2 0,6%; “educación sanitaria y derivar a otros servicios” n=1 0,3%; “monitorizar y derivar a otros servicios” n=2 0,6%; “monitorizar y notificar a farmacovigilancia” n=1 0,3%; “notificar a farmacovigilancia” n=3 0,9%; “dispensar y monitorizar” n=4 1,2%.

La dispensación es mayor en las CFTIM en las que únicamente se proporciona información, disminuye en las CFTIM en las que se identifican PRM, mientras que vuelve a aumentar en las que se identifican RNM. La mayor derivación a otros servicios farmacéuticos tiene lugar durante las CFTIM en las que se identifican PRM.

6 DISCUSIÓN

Los estudios publicados relacionados con las CFTIM que se reciben en las farmacias comunitarias españolas son muy escasos y antiguos (no llegan a la veintena en los últimos 25 años), de carácter observacional, realizados en diferentes poblaciones españolas y en los que han participado pocas farmacias. También existen estudios más amplios realizados a través de encuestas a farmacéuticos comunitarios en los que como parte de los resultados obtenidos se han recogido datos genéricos sobre las consultas que se realizan en las farmacias comunitarias.

En general, los objetivos de los estudios españoles mencionados anteriormente se limitan a cuantificar y clasificar las consultas atendidas o alguna otra variable relacionada con éstas. Las consultas que estudian no sólo incluyen las consultas de información de medicamentos, sino también las consultas de indicación farmacéutica y otras consultas no farmacoterapéuticas. Además, estos estudios tampoco suelen detallar en su metodología los criterios utilizados para su cuantificación (qué entienden por consulta, cuándo se realiza, lugar, etc.) por lo que los resultados obtenidos en el presente estudio son de difícil comparación con ellos. Por estas razones, muchos resultados no se pueden extrapolar con los de los escasos estudios existentes. El anexo 4 muestra los estudios realizados con los que se pueden comparar ciertas variables obtenidas en el presente trabajo.

La escasez de estudios españoles relacionados con el objetivo de este estudio es también extensible a la bibliografía internacional, en la que se pueden encontrar bastantes trabajos relacionados con el consejo farmacéutico centrados en el ámbito de la dispensación (Tully y cols., 2011; Puspitasari y cols., 2010; Hassell y cols., 1998; Svarstad y cols., 2004), así como con la consulta farmacéutica dentro y fuera de la farmacia comunitaria, entendiéndose ésta como una consulta médica en la que al farmacéutico se le asignan pacientes que utilizan medicamentos nuevos (Taitel y cols., 2012), crónicos (Lewis y cols., 1997) o de alto riesgo (Yuan y cols., 2003), o a la que se precisa a determinados paciente de una patología cuando acuden a que se le dispensen sus medicamentos (Cocohoba, 2012; Kraemer, 2012) o en la que el paciente consulta cuando se considera necesario por el farmacéutico (Johnson y cols., 1995) o bien como un servicio definido (Hind

y cols.,2008; Hudmon y cols., 2003) o consultas cuando se prestan otros servicios farmacéuticos como la mejora de la adherencia (De Juan y cols., 2011; Okuno y cols., 2001) o la revisión de la medicación (Sellors, 2003) o la conciliación al alta hospitalaria (Schnipper y cols., 2010). Esta realidad pone de manifiesto la variabilidad terminológica del concepto de las CFTIM y el escaso número de publicaciones e investigaciones realizadas sobre este tema en la farmacia comunitaria.

El hecho de no haber encontrado prácticamente estudios similares al presente que analicen con detalle este tipo de consultas, y aporten información sobre sus características y repercusiones sanitarias, impide poder realizar una valoración más crítica de los resultados obtenidos, si bien también demuestra que el presente trabajo es inédito y proporciona una metodología y unos resultados iniciales sobre los que sustentar futuras investigaciones.

VALORACIÓN DEL ESTUDIO DE OPINIÓN (FASE I)

Antes de comenzar a comentar y a valorar los resultados obtenidos es conveniente analizar los resultados de participación del estudio de opinión (fase I) realizado con el fin de alcanzar uno de los objetivos específicos: conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios sobre esta actividad.

La tasa de respuesta obtenida en el estudio de opinión (fase I) fue del 18,4%, valor discretamente superior al obtenido en otros estudios en nuestro país, sobre actividades de consulta, y con la misma metodología (envío postal y posterior recepción de un cuestionario autocumplimentado a las farmacias), pero en diferentes provincias. Así, los informes realizados por el CGCOF sobre las actuaciones sanitarias ajenas a la dispensación llevadas a cabo por las farmacias españolas (n=18.717) en 1996 (CGCOF, 1997) y (n=19.776) en 2002 (CGCOF, 2002) obtuvieron -en la comunidad valenciana- una tasa de respuesta del 6,7% y 5%, y en toda España, del 8,3% y 6,9% respectivamente. En el estudio “Demanda del servicio de urgencia en oficinas de farmacia” realizado en 2003 en las 202

farmacias de Albacete (Honrubia y cols, 2005) se obtuvo una tasa de respuesta del 14,4%. En el “Estudio de satisfacción del usuario de la oficina de farmacia en Zaragoza” realizado en 2008 en las 500 farmacias de la provincia de Zaragoza (Motio consultores, 2008) se obtuvo una tasa de respuesta del 25,2% siendo importante destacar que en dichos estudios se contó con la implicación de los correspondientes COF.

En comparación con otros países, las tasas de respuesta obtenidas son menores. Así, se obtuvo una tasa del 24,8% tras la realización por una federación de asociaciones de pacientes holandeses (Kooy y cols, 2007) de una encuesta sobre las consultas proporcionadas en 800 farmacias de los países bajos seleccionadas al azar, y en otra encuesta (Puspitasari, 2009) a 650 farmacias seleccionadas al azar de Nueva Gales del Sur (Australia) sobre asesoramiento proporcionado en la dispensación por los farmacéuticos, se obtuvo una tasa de respuesta del 42% obteniéndose también diferencias en dicha tasa en función de si los farmacéuticos que contestaron trabajaban en el ámbito rural o metropolitano. La explicación para estas diferencias se desconoce dado el gran número de variables que influyen y condicionan la participación de los farmacéuticos encuestados.

El número de farmacias de la provincia de Valencia a las que se envió el cuestionario (1.207) fue muy similar al real, 1.210 farmacias, dato conocido tras concluir el año 2011 y examinar los registros del MICOF. La diferencia se debió a las aperturas y cierre de farmacias a lo largo del año.

De los 222 farmacéuticos comunitarios que respondieron el cuestionario, la mayoría fueron farmacéuticos titulares o cotitulares (72,9%) seguidos de los farmacéuticos adjuntos (23,5%), los sustitutos (1,8%) y los regentes (0,5%). Si comparamos estos datos con los de los farmacéuticos colegiados de la provincia que son los datos disponibles más próximos a los reales: titulares o cotitulares (67,0%) seguidos de los farmacéuticos adjuntos (30,2%), los sustitutos (2,5%) y los regentes (0,3%), se puede observar –asumiendo que los datos colegiales no son exactamente los reales- que no son muy diferentes, apreciándose que han contestado proporcionalmente un 8% más de titulares/cotitulares, un 66,7% más

de regentes, un 22,2% menos de adjuntos y un 28% menos de sustitutos. Probablemente esto fue debido a que fueron los farmacéuticos titulares/cotitulares los que recibieron las cartas dirigidas a las farmacias y los que las contestaron.

En relación con el sexo y la edad, el perfil de farmacéutico comunitario que respondió el cuestionario, fue mujer (59,3%) de mediana edad (45-54 años). Si tenemos en cuenta que el porcentaje de farmacéuticas comunitarias colegiadas era del 68,9%, proporcionalmente contestaron más los hombres al cuestionario que las mujeres. En cuanto a la edad los únicos datos disponibles para comparar pertenecen a todos los colegiados (3.968) y no sólo a los que ejercen en el ámbito de la farmacia comunitaria (2.208) que son los que se requieren. En relación al número de años de ejercicio y de la facturación de las farmacias participantes, tampoco se dispuso de los datos colegiales con los que comparar, por lo que no se ha podido valorar dichos resultados.

VALORACIÓN DE AMBOS ESTUDIOS (FASE I Y FASE II)

Dado el número de aspectos estudiados y de resultados obtenidos, y con el fin de alcanzar uno de los objetivos específicos de trabajo de investigación como es describir y caracterizar cuali y cuantitativamente las CFTIM que se atienden y resuelven en las farmacias comunitarias de la provincia de Valencia, a continuación se irán comentando y valorando los diferentes aspectos de las CFTIM siguiendo el mismo orden de los apartados utilizados en el capítulo de resultados.

INCIDENCIA DE LAS CFTIM (FRECUENCIA Y NÚMERO DE CONSULTAS).

Uno de los objetivos específicos de este estudio es describir y caracterizar cuali y cuantitativamente las CFTIM confirmando los resultados obtenidos en estudios previos. En este sentido, y a la vista de los resultados obtenidos en las dos fases de este trabajo, y a la de otros ya publicados (anexo 4), se puede afirmar que en la farmacia comunitaria la atención y resolución de CFTIM es una actividad que se

realiza de forma habitual. Sin embargo, estimar su número y su frecuencia es mucho más complicado debido a la gran cantidad de factores que la condicionan.

En ausencia de datos más actualizados, el único estudio realizado en España que puede aportar información de ámbito nacional sobre las consultas en la farmacia es el Informe de Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia Españolas realizado en 2002 por el CGCOF (CGCOF, 2002). Este informe recoge también los datos obtenidos seis años antes por otro informe similar realizado por el CGCOF sobre la aportación del farmacéutico a la calidad de la asistencia en España (CGCOF, 1997), comparando sus resultados con los obtenidos en 2002.

Del informe de 2002 se concluye que aproximadamente más de 2 millones de españoles visitan diariamente las farmacias, y que uno de cada tres usuarios obtiene consejo o respuesta a una demanda ajena a la dispensación. Es probable que las cifras reales actuales sean superiores a las indicadas debido al incremento de la población española y del número de farmacias. En cualquier caso, las 19.776 oficinas de farmacia españolas que había entonces, realizaron 182 millones de actuaciones sanitarias ajenas a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios y de parafarmacia, es decir, 32 actuaciones sanitarias de asesoramiento sin remuneración por farmacia y día. Dado que la clasificación utilizada en este informe para dichas actuaciones no coincidía exactamente con la terminología sobre las consultas utilizada en el presente estudio, las actuaciones se reclasificaron con el fin de estimar la frecuencia de las consultas farmacéuticas, las CFT y las CFTIM que se realizaron diariamente en las farmacias, independientemente de que se efectuase o no la dispensación.

Según este informe de 2002, la frecuencia con la que acudieron a demandar consultas farmacéuticas a la farmacia los pacientes y usuarios sería del 17,0%, alrededor de 17 consulta por farmacia y día (ya que estimaron una entrada media de 102 usuarios por farmacia y día), mientras que otros estudios de práctica farmacéutica la estimaron entorno al 13,9% (IC95%: 10,7%-15,3%) (Baixauli y cols, 2003) que suponían también unas 17 consultas por farmacia y día, o al 14,5% (Aguirre y cols., 1993) si bien estos últimos, sólo contabilizaron las

consultas durante la dispensación de medicamentos a diferencia de los otros dos. Un estudio de satisfacción del usuario de la oficina de farmacia en Zaragoza (Motio consultores, 2008) que analizó la situación de la farmacia de dicha provincia, y que arrojó el resultado de que las farmacias resolvían entre “1-10” y “11-20” dudas sanitarias al día. Por tanto, entre el 13-17% podría fijarse el rango de frecuencia de la demanda de consultas farmacéuticas en la farmacia comunitaria.

De estas consultas farmacéuticas, las CFT -según el informe de 2002-, constituirían el 57,1% DE 5,9 (9,9 DE 1,0 consultas diarias), valor en sintonía con los obtenidos en otros estudios de práctica farmacéutica (anexo 4) que varían en el rango 42,5-62,9%. Por último y según el mismo informe de 2002, la frecuencia de las CFTIM sobre las CFT sería del 52,2% DE 4,9 (5,2 DE 1,0 consultas diarias) valor que también estaría en línea con los obtenidos en otros estudios de práctica farmacéutica (anexo 4) que varían en el rango 44,9-67,6% (1,7-6,8 CFTIM diarias), con los datos obtenidos en la farmacia principal del presente estudio, en el que se obtuvo una incidencia diaria de 4,9 CFTIM (una media de 3,0 DE 0,1 por las mañanas y de 1,9 DE 0,1 por las tardes), y muy próximo al obtenido en las farmacias control que fue un poco mayor: 7,4 DE 0,9 CFTIM diarias. Esta diferencia puede explicarse bien porque a dichas farmacias acuden más pacientes, porque su población de influencia es mayor, tiene más dudas sobre la farmacoterapia, utiliza más medicamentos, etc o bien por el azar, ya que los datos obtenidos sólo son de cinco días que podrían no haber sido representativos de la demanda de CFTIM habitual. En cualquier caso la media diaria de CFTIM obtenida en el presente estudio (fase II) fue de 6,9 DE 1,4.

Si calculamos la frecuencia de las CFTIM sobre el total de las consultas farmacéuticas realizadas se obtiene 27,6% DE 2,7. Este valor es parecido al obtenido según el estudio de opinión del presente trabajo (fase I) que fue del 23,1% DE 22,7 (9,8 DE 9,7 consultas diarias). Este último resultado, si bien porcentualmente es inferior -posiblemente debido a que los farmacéuticos indicaron solo la frecuencia de aquellas consultas en las que el paciente acudió a

la farmacia únicamente a consultar sobre medicamentos, y no de todas las posibles situaciones para consultar-, numéricamente (respecto al número de consultas diarias) es superior, aunque la moda de su opinión fue entre 4 y 9 consultas diarias.

La explicación más probable puede ser debida a los 14 años transcurridos entre ambos estudios y los correspondientes aumentos de población y farmacias (que aumentaron en 2.078 farmacias más, según datos de CGCOF de diciembre de 2014) lo que haría que aunque el porcentaje fuera inferior, al ser la muestra mayor, el número de consultas sea mayor.

Aunque la mayoría de los estudios analizados (tabla 4) excepto dos, no detallaron si las CFTIM que se registraron fueron únicamente cuando el solicitante acudió a la farmacia para consultar o también aquellas recogidas cuando éste consultó junto a otros servicios como el de dispensación o medición de la PA, la frecuencia y el número de CFTIM obtenidas en las dos fases de este trabajo (estudio de opinión y de práctica farmacéutica) se encontrarían en la misma línea y concordarían con los obtenidos en estudios previos confirmando así su validez.

Indicar si las CFTIM que se registraron fueron únicamente cuando el solicitante acudió a la farmacia para consultar o también aquellas recogidas cuando éste consultó junto a otros servicios como el de dispensación o medición de la PA, es muy importante, ya que contabilizar unas u otras implicó prácticamente casi duplicar la incidencia de CFTIM (según se ha observado en el presente estudio) o incluso cuadruplicarla (Sánchez y cols., 2001). Probablemente, alrededor del 4,9% DE 0,1 podría estimarse la frecuencia con que pacientes y usuarios acudirían a la farmacia comunitaria a demandar CFTIM, lo que supondría entre 4 y 9 CFTIM diarias.

Un dato muy poco conocido es la demanda de CFTIM en los servicios de urgencia, ya que prácticamente todos los estudios sobre CFTIM se realizaron en días laborables precisamente para no estar afectados por la diferencia a nivel de

frecuentación, tipo de actividades demandadas, horarios, etc que podrían suponer las CFTIM durante la prestación del servicio de urgencias. Honrubia y colaboradores, al estudiar la demanda del servicio de urgencias en farmacias comunitarias de Albacete y provincia, cuantificó las CFTIM en casi el 10% (9,73%) de las dispensaciones realizadas, indicando que *“el 85% de las farmacias recibieron algún tipo de consulta”*, e incluyendo las CFTIM solicitadas -con y sin dispensación- por el paciente sobre el tratamiento (posología, forma de utilización, continuación de tratamiento, efectos adversos e interacciones y consejos sin dispensación). Esta tasa de consulta del 10% se correspondió con una media de 7,4 consultas por servicio de urgencia, valor que entraría en el rango de CFTIM recibidas diariamente por farmacia obtenido anteriormente. No obstante, este valor hay que analizarlo teniendo en cuenta que es una media y que en dicho estudio se observó que en días festivos se duplicaba el número de consultas (4,6 vs. 11,4) debido a la dificultad de acceso de la población a las consultas médicas en días festivos (Honrubia y cols, 2005).

Para terminar este apartado es conveniente valorar esta frecuencia respecto al resto de actividades y servicios que se desarrollan en la farmacia comunitaria. En el presente estudio (fase II) se encontró que la atención y resolución de CFTIM ocupó un 4,8% (IC 95%; 4,3% - 5,4%) de las actividades realizadas en la farmacia. Sin embargo, no se han encontrado estudios similares con los que poder establecer comparaciones. No obstante, Prats, cuantificó la demanda de consultas farmacéuticas (excluyendo las de indicación farmacéutica) en el 7,1% del total de las actuaciones profesionales solicitadas. En el 7,9% de las actuaciones farmacéuticas, en el 42% de las actuaciones sin dispensación y casi en el 12% de las actuaciones profesionales sin receta médica (Prats, 2010). Estos resultados, aunque difieren con este estudio en el tipo de consultas que contabilizan, ofrecen una idea de la demanda de esta actividad por los pacientes y usuarios y de su situación en relación con el resto de actividades realizadas en la farmacia.

Las causas de esta variabilidad de las CFTIM entre los estudios tanto en el número como en la frecuencia dependen -a mi juicio- básicamente de tres factores: de la población de influencia de la farmacia que consulta, de la farmacia en sí y por último de la metodología de los estudios.

En el primer caso pueden influir varios factores como los conocimientos y actitudes hacia los medicamentos, la cantidad y complejidad de los medicamentos que utilizan, la tendencia a consultar en la farmacia y sus experiencias previas, la facilidad y disponibilidad de profesionales sanitarios para poder consultar, etc.

Respecto al segundo, la farmacia, puede influir la disponibilidad de la farmacia a atender consultas (lugar, personal, horario...), su imagen y carácter asistencial, los conocimientos de su personal, etc la idiosincrasia de la farmacia y su personal condicionan enormemente la disposición de los pacientes y usuarios para consultar. Así, los datos proporcionados por el estudio más amplio realizado recientemente en nuestro país sobre la opinión de pacientes y ciudadanos acerca de la farmacia comunitaria, arrojaron que un 41,1% de los ciudadanos opinó que nunca acudiría al farmacéutico ante cualquier duda sobre su medicación (Refcom, 2015). Este resultado se confirmó cuando se les preguntó sobre si estarían dispuestos a utilizar servicios farmacéuticos como el servicio de información, educación sanitaria y prevención de enfermedades, respondiendo negativamente el 41,5%.

En otro sentido, las asociaciones de pacientes que participaron en dicho estudio valoraron de forma notable la disposición al uso de los servicios ofrecidos por el farmacéutico, entre ellos aquellos relacionados con la provisión de información sanitaria, y en particular de los medicamentos, pero siempre que se presten con calidad, por un farmacéutico informado y especializado y de forma integrada en el sistema sanitario. En relación con ello, hay que indicar que, en algunas ocasiones, sobre todo si el personal no está debidamente identificado, el paciente o usuario puede desconocer la titulación del profesional que le atiende en la farmacia, siendo necesario disponer de un protocolo interno que garantice que las consultas

atendidas son respondidas adecuadamente, aunque para ello sea necesario recurrir a su derivación interna entre el personal de la farmacia.

El tercer factor es la metodología de los estudios y las características con que se realizaron: las farmacias y farmacéuticos que participaron en él, el lugar geográfico y la estación del año en que se realizó el registro de las consultas, la duración y fecha de realización del estudio, la metodología utilizada, así como otros más o menos conocidos y no estudiados como por ejemplo el uso de mensajes invitando a la consulta (Schommer, 1995) y otros aspectos relacionados con la relación paciente-farmacéutico (Kaae y cols., 2012; Shah y Chewing, 2006). En mi opinión, la diferente metodología utilizada en los estudios es la causa principal, ya que difícilmente se puede comparar lo que no es igual. En este sentido, tanto el definir exactamente qué se entiende por consulta, y en consecuencia en qué actividad o servicio se contabiliza como consulta para registrarla, es un factor decisivo a la hora de su cuantificación.

Entre los estudios hay una diferente consideración de qué se entiende por consulta. No es lo mismo contar como consultas aquellas que el paciente realiza sobre los medicamentos que son objeto de otro servicio, por ejemplo de la dispensación –ya que en este caso las consultas formarían parte de la propia dispensación y no se contabilizarían como consultas- que aquellas que son realizadas sobre otros medicamentos diferentes a los que en ese momento se están dispensando -aprovechando el contacto con el farmacéutico durante esta actividad para consultar-, en cuyo caso estas consultas sí que se contabilizarían como tales, indicando que habrían tenido lugar durante la dispensación. Este es un punto crítico a la hora de diferenciar entre ambas actividades (consulta y dispensación).

Si tenemos en cuenta que el segundo motivo expresado por el paciente o usuario para acudir a consultar a la farmacia, fue por aspectos relacionados con problemas de comunicación con el médico (no entiende lo que éste le dice, no le informó, o se les olvidó preguntarle algo, o entiende mejor las explicaciones que le dan en la farmacia, o quiere contrastar o confirmar la información recibida por el

médico y con otras informaciones recibidas, etc) (Sánchez y cols., 2001), la consulta del paciente cuando éste acude al servicio de dispensación tendría todo el sentido siempre y cuando estuviera relacionada con los medicamentos objeto de dicha dispensación. En este sentido, el servicio de dispensación tiene como objetivo *“garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso...”* (Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del CGCOF, 2014), siendo por tanto la información proporcionada en este servicio para que los pacientes utilicen correctamente los medicamentos, la información propia de este servicio y no otra.

Este detalle es muy importante por un lado porque es necesario diferenciar ambas actividades entre sí, para poderlas protocolizar y cuantificar, y por otro, por la distorsión que puede suponer al contabilizar las consultas teniendo en cuenta que la dispensación es el servicio de la farmacia comunitaria más demandado actualmente y por tanto, en el que el paciente aprovecha también para consultar.

Tampoco es lo mismo contabilizar las consultas que el paciente realiza cuando acude a la farmacia únicamente a consultar (Sánchez y cols., 2001; Baixauli y cols., 2005), que aquellas que se realizan telefónicamente o que surgen durante la realización de otras actividades, como por ejemplo la dispensación (Honrubia y cols., 2005), que contar sólo como consultas aquellas en las que el farmacéutico decide que no hay dispensación (Caamaño, 2006), o aquellas que tenían lugar en el momento de la dispensación de medicamentos (Aguirre, 1993) o contarlas como “consejo” cuando tienen lugar en la prestación de otro servicio (Prats, 2010). En el presente estudio se registraron todas las CFTIM, tanto las telefónicas como las presenciales y englobadas en éstas tanto en las que se acudió únicamente a consultar, como las que se realizaron durante la prestación de otros servicios como el de dispensación o medición y control de la PA, lo que supuso, aumentar la incidencia de CFTIM de un 2,9% a un 4,8%, lo que da una idea de la importancia de detallar en la metodología de los estudios este hecho.

En resumen, la diferente metodología utilizada en los estudios analizados, pone de manifiesto la dificultad que entraña estudiar esta actividad y diferenciarla del resto ya que el solicitante de la consulta aprovecha cualquier situación o servicio en la que tiene contacto con el farmacéutico para consultar sobre aspectos relacionados con los medicamentos. Esta situación ha sido condicionada posiblemente por la falta en la farmacia comunitaria de un lugar específico para la atención a los pacientes y usuarios donde consultar y de una cultura asistencial personalizada no diferenciada de la dispensación.

En relación con el número de consultas demandadas en el mismo momento en que se realizan, sólo se encontraron dos estudios que registraron este dato. Los datos obtenidos en el presente estudio (fase II) confirman los obtenidos en otros estudios (Baixauli y cols., 2003; Escribá, 2008), en el que se detalló este valor de forma que en la mayoría de las consultas el solicitante realiza una única consulta (86,4-96,7%), unos pocos plantean dos (3-9,7%) y alguno plantea hasta tres consultas (0,4-2,2%). Este hecho causa que la media de consultas por persona pueda ser ligeramente superior a una, lo que podría ser importante a la hora de estimar el número de CFTIM diarias a partir del número de usuarios y pacientes que acuden a la farmacia, en lugar de contabilizarlas frente al número de dispensaciones.

SOLICITANTES Y PACIENTES DE LAS CFTIM

Los solicitantes de las CFTIM en la farmacia suelen ser mayoritariamente los propios pacientes -entre 64,6-86,6% según éste y otros estudios (Sánchez y cols., 2001; Baixauli y cols., 2005; Escribá, 2008)- seguidos de los cuidadores y finalmente los representantes de los pacientes, lo cual tiene bastante sentido si tenemos en cuenta que los primeros son los responsables de su propia medicación y a los que más dudas les pueden surgir a la hora de utilizar y administrar un medicamento. No obstante y de forma casi anecdótica también podrían consultar otros profesionales sanitarios, como ha ocurrido en este estudio con los cuatro médicos de atención primaria que trataban a sus pacientes.

Los porcentajes hallados en otros estudios sobre consultas farmacéuticas confirman que sea el propio paciente el que consulte con mayor frecuencia: 84,0% (Escribá, 2008), 75,9% (Baixauli y cols., 2003), 71,4% (Barbero y cols., 2002) y 69,3% (Evans y cols., 1997). Este hecho es importante ya que por un lado para poder resolver las consultas puede ser necesario conocer información que sólo él mismo sabe y puede facilitar, y por otro, porque la transmisión de la información es preferible realizarla directamente con el interesado tanto para adaptarla a éste, como para que no existan interferencias, interpretaciones o malos entendidos debidas a terceros que la transmitan.

Las CFTIM demandadas por cuidadores y representantes fueron destinadas a aquellos pacientes que cuidaban o representaban observándose que cuando el solicitante fue el cuidador, los pacientes para los que se demandaba la información fueron o muy jóvenes (menores de 14 años) o más mayores (mayores de 65 años) siendo más frecuentes las mujeres, lo que apuntaría a que muy posiblemente dicho solicitante fuera el padre o la madre del paciente o bien su cuidador/a en caso de las personas mayores. Este hecho no se ha podido objetivar al no haberse registrado la edad y el sexo de los solicitantes de las CFTIM a diferencia de otros en los que se caracterizan al solicitante en lugar del paciente.

En general, las mujeres fueron las que más consultaron, algo esperable, pues en los estudios de práctica farmacéutica, es muy común que sean las mujeres las que más consultan en las farmacias. Así se ha podido constatar en diversos estudios con porcentajes que van del 65% al 75% (Rodríguez y Alvarellós, 1991; Hassell y cols., 1999; Sánchez y cols., 2001; Baixauli y cols., 2004; Baixauli y cols., 2005). De este modo, la mayor parte de las consultas fue destinada a pacientes mayores de 60 años, sobre todo entre 60 y 80 años, en su gran mayoría mujeres, que duplican y casi triplican a los hombres. Este hecho sería bastante normal si tenemos en cuenta que en estas edades es cuando más

medicamentos consumen y por tanto, los que con mayor razón podrían consultar sobre ellos.

Muy pocas CFTIM fueron demandadas para los niños (2,2%) y adolescentes (1,6%). La mayor proporción de niños sobre los adolescentes, seguramente se debe a la mayor polimedicación a la que están sometidos los primeros y al hecho de que sus cuidadores, generalmente sus padres, ante las dudas que les surjan, consulten sobre los medicamentos destinados a sus hijos pequeños. En este estudio se confirma el hecho ya observado en otros estudios (Cunningham-Burley S, Maclean U., 1987; Hassell y cols., 1999) de que cuando el paciente al que va destinada la consulta es un niño, suele ser su cuidador, quien acude a consultar.

También hay que destacar la baja frecuencia de extranjeros (2,5%) entre los solicitantes de las CFTIM registradas en las farmacias no turísticas del estudio, a diferencia del 4,3% obtenido por Baixauli y colaboradores en 2004, lo que podría explicarse por la disminución de la población inmigrante en nuestro país causada por la crisis económica.

HORARIO

Casi ningún farmacéutico establece algún tipo de horario para atender y/o resolver estas consultas. El que prácticamente no se establezca ningún tipo de horario para atender las consultas se explica por el amplio horario de apertura que tiene la farmacia y la presencia permanente durante éste del farmacéutico y del personal auxiliar que las atienden y resuelven (CGCOF, 2009).

Según los datos obtenidos se efectúan proporcionalmente más CFTIM por las mañanas que por las tardes, alrededor de un 13%, sin embargo, no se dispone de datos con los que confirmar este resultado.

FORMA DE SOLICITUD

El 91,4% de las consultas se solicitaron de forma presencial en la farmacia y el resto fueron demandadas telefónicamente (8,6%). La forma en que se respondieron fue muy similar, en el 90,2% de las ocasiones de forma presencial, y el resto a través del teléfono (9,8%). Ninguno de los estudios españoles contabiliza las consultas realizadas de otra forma que no sea la presencial, a excepción –sólo para el caso de las consultas telefónicas- del realizado por Sánchez y cols. y del presente estudio, en los que se obtuvo una frecuencia de consultas telefónicas del 1,7% (aunque sin detallarse qué tipos de consulta incluía), y del 8,6% respectivamente. Esta diferencia en la frecuencia puede explicarse sencillamente por el paso del tiempo entre ambos estudios (quince años) y el creciente uso que ha experimentado este dispositivo entre la población. Según un reciente estudio en farmacias holandesas el asesoramiento telefónico por los farmacéuticos mejoró la satisfacción de los pacientes con el asesoramiento y la satisfacción con la información recibida en algunos ítems, así como tuvo un pequeño efecto sobre las creencias de los pacientes sobre los medicamentos (Kooy y cols., 2015).

A pesar de su extenso uso en la actualidad, no se recibieron CFTIM a través del correo electrónico (Ward y Xu, 2011; Montgomery y cols, 2010) lo cual puede ser debido bien a que los pacientes y usuarios prefieren y les es más cómodo consultar por teléfono o cuando acuden a la farmacia, que la tienen muy próxima, o porque creen que son preguntas en las que se prefiere un contacto más directo con el farmacéutico, o bien, porque las farmacias tampoco están utilizando de forma mayoritaria este medio para relacionarse con sus pacientes y usuarios, ya que sólo un 30% de las farmacias dispondría de página web (Refcom, 2015), sin embargo, la reciente aprobación de la regulación de la venta a distancia al público a través de sitios web de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica (BOE, 2014; Varios autores, 2014), y otras tecnologías (Ostlund y cols., 2011; Rose JL, 2007), abre la puerta a la posibilidad de la consulta a través de internet, por lo que éste puede ser en un futuro inmediato un medio más frecuente de consulta (Pohjanoksa-Mäntylä y cols., 2008).

La influencia de la consulta telefónica y telemática sobre la forma de trabajo en la farmacia comunitaria podría ser muy importante dada la cada vez mayor utilización de las nuevas tecnologías y los cambios que se avecinan en la atención sanitaria debido al creciente número de pacientes mayores y polimedcados.

LUGAR

La gran mayoría de las CFTIM (87,9%), se atienden y resuelven en el mismo lugar de la farmacia, en el mostrador, lugar donde habitual y principalmente se atiende a los pacientes y usuarios, y donde se lleva a cabo el servicio más demandado en la farmacia, la dispensación. En el resto de las ocasiones se atienden y resuelven en un lugar diferente como la ZAP que garantiza una mayor privacidad a la hora de consultar o en otros lugares donde se prestan otros servicios diferentes a la dispensación, como puede ser el lugar donde se presta el servicio de medición y control de la PA. De hecho, la presencia de una sala de consulta separada puede aumentar el número de consultas realizadas en privado, cuando se combina con la concienciación del paciente sobre su existencia (Mobach, 2008). Sin embargo todavía existen farmacias comunitarias que no disponen de esta zona para atender al paciente o usuario, o bien no la habilitan para atender estas consultas, lo que se contrasta con la demanda de confidencialidad en la transmisión de información que requieren los pacientes (Refcom, 2015), por lo que su ausencia puede ser una barrera para que éstos consulten. Otras barreras referidas por los pacientes para hacer preguntas a los farmacéuticos son la vergüenza y la ignorancia (Chewing y Schommer, 1996). Por estas razones una ZAP adecuada (Aguiló, 1999) es uno de los recursos materiales imprescindibles para poder realizar esta actividad de forma adecuada como un servicio profesional. En este sentido, el utilizar un ordenador durante la atención de la CFTIM puede ser discutible, ya que aunque puede facilitar el sistema de búsqueda de información y registro de la actividad, un estudio sueco concluyó que centrarse en la pantalla del ordenador limita las habilidades del farmacéutico para practicar la atención centrada en el paciente (Montgomery y cols., 2010).

PERSONAL

La mayoría de los estudios no aportan información sobre el personal que atiende y resuelve las CFTIM, pero los pocos estudios que lo detallan y los resultados de ambos estudios (fase I y fase II) confirman que las CFTIM son atendidas mayoritariamente por un farmacéutico (76-87%) siendo el resto atendidas con la ayuda de personal auxiliar y resueltas prácticamente en su totalidad (99,3%) por un farmacéutico. De hecho la diferencia numérica existente entre las consultas atendidas y las resueltas por el farmacéutico pone de manifiesto la existencia de una derivación por el técnico hacia el farmacéutico -para su resolución- de alrededor del 10-20% de las consultas atendidas. De hecho, el estudio de opinión de los farmacéuticos respalda esta práctica en la farmacia, al confirmar que tres cuartas partes de los farmacéuticos establecían algún tipo de protocolización interna o derivación para responderlas. Otro dato que revela el estudio de opinión sería la resolución conjunta de un 5% de las CFTIM entre ambos profesionales, lo que proporcionaría una idea de la estrecha colaboración que existiría entre ambos en esta actividad.

Una explicación a la elevada participación de los farmacéuticos en esta actividad, estaría relacionada con dos hechos, el mayor número de farmacéuticos entre el personal de las farmacias participantes en los estudios sobre CFTIM, lo que sin duda condicionó el resultado (Baixauli y cols., 2005; Baixauli y cols., 2004). Y por otro, la existencia de una protocolización interna para la atención y/o resolución de las CFTIM, bien sea por su complejidad o por otras causas. De hecho, en la farmacia de estudio (fase II) el personal auxiliar constituido por un técnico en farmacia y parafarmacia, tiene establecido en su protocolo de actuación para la atención y resolución de CFTIM, su derivación al farmacéutico para que éste las resuelva, de ahí los resultados obtenidos. En este sentido en farmacias holandesas un estudio cuantificó la frecuencia de las consultas en 1,2 consultas diarias (290 minutos al mes), apuntando a que su mayor frecuencia se asoció al número de farmacéuticos a tiempo completo en la farmacia. El estudio concluyó que dicha frecuencia se puede mejorar mediante la reorganización de las actividades del farmacéutico (Kooy MJ y cols., 2007).

TIEMPO UTILIZADO

El tiempo utilizado en la atención y resolución de las CFTIM es también muy variable y depende tanto del solicitante (al plantearla y proporcionar la información que se requiere para su resolución), como de la naturaleza de la consulta (complejidad,...) y de quien la responde (conocimientos propios, rapidez en la búsqueda, acceso a las fuentes de información, etc). También hay que contemplar el posible error cometido en su estimación y en su registro.

No obstante, los resultados del estudio de opinión (fase I) no difieren excesivamente de los hallados en la práctica farmacéutica. Así, en el primero la mayoría de los farmacéuticos establecieron una horquilla entre 3 y 10 minutos por consulta mientras que en los estudios de práctica farmacéutica se obtuvieron como tiempos medios: 4,5 minutos (DE 4,1) (Baixauli y cols., 2004), 4,1 minutos (Baixauli y cols., 2005) y 6 minutos (DE 4,4) en el presente estudio (fase II). Por tanto, parece ser que alrededor de 5 minutos podría ser el tiempo medio empleado en la resolución de las CFTIM. Este valor podría explicarse por el “redondeo” producido entre los farmacéuticos al estimar el tiempo utilizado en la consulta. En este sentido, en un estudio alemán en farmacias comunitarias, se cuantificó en 5 minutos el tiempo medio necesario para resolver un PRM (Hämmerlein y cols., 2007).

Sin embargo, los resultados obtenidos clasificaron las CFTIM según su duración en tres grupos: las de tres minutos o menos, las de alrededor de cinco minutos (la más frecuente) y las de alrededor de diez o más minutos, aunque los motivos de consulta de éstas no fueron muy diferentes lo que nos lleva a pensar que el tiempo y el motivo de consulta no están relacionados. Las CFTIM más duraderas fueron las relacionadas con los “efectos adversos” y las “interacciones”, y las menos las relacionadas con “la composición, presentación, y forma farmacéutica” de los medicamentos. En cambio, el tiempo si se relacionó con el lugar donde se realizó la consulta, siendo las CFTIM menos duraderas las que tuvieron lugar en el mostrador (5,5 minutos) y por teléfono (5,3 minutos), siendo estas últimas las más rápidas de todas. También se observó que las CFTIM más duraderas fueron

razonablemente, aquellas en las que se proporcionó información escrita al solicitante de la consulta (7,5 minutos) en comparación con aquellas en las que no fue así. Por último se observó también una relación entre la duración de las CFTIM y el número de medicamentos relacionados con éstas, de forma que se obtuvo un ratio de 4,6 minutos por medicamento consultado y a más medicamentos más duración. Sin embargo, no fue así al contrario, y las consultas de mayor duración no se relacionaron con consultas con un mayor número de medicamentos, sino con pocos.

En este estudio no se midieron los tiempos intermedios de las consultas, pero en uno norteamericano se midió el tiempo utilizado por el farmacéutico en las consultas con pacientes para diversos motivos (vigilar los efectos adversos, duplicar la terapia, o el cumplimiento) obteniendo aproximadamente un promedio de 3 minutos. Los problemas relacionados con la adecuación de la terapia de medicamentos o interacciones requirieron 1,8 y 0,5 minutos adicionales, respectivamente. Se requirieron 4 minutos adicionales para el contacto con el proveedor a no ser que el contacto implicara una simple aclaración que implicó otros 2,6 minutos. Las remisiones de pacientes requirieron 2,5 minutos más. El tiempo necesario para abordar el problema y las medidas adoptadas no se incluyeron, mientras que los requisitos de tiempo adicionales debidos a la alternancia entre problema e intervención variaron de 2,9 a 9 minutos (Oh y cols., 2002).

En definitiva es difícil establecer una duración determinada de las CFTIM, pues dependen de muchas variables (motivo de consulta, complejidad, número de medicamentos, lugar, etc), las diferencias y desviaciones de los tiempos medios reflejan esta variabilidad, pudiendo incidir de forma importante en el tiempo destinado a esta actividad en la farmacia comunitaria. Además, si tenemos en cuenta la existencia de otras consultas, la carga de trabajo que podría representar esta actividad en conjunto para la farmacia comunitaria podría ser significativa.

RETRIBUCIÓN

Precisamente el tiempo dedicado a las CFTIM plantea la pregunta de por qué no existe una retribución para esta actividad, teniendo en cuenta los recursos que se requieren y los costes en los que se incurre. Su retribución sin lugar a dudas potenciaría la labor asistencial de los farmacéuticos (Kaae y cols., 2012; Baixauli y cols., 2005), pudiendo transformar esta actividad en un servicio profesional farmacéutico diferenciado. Sin embargo, según el estudio de opinión, ningún farmacéutico dice cobrar las consultas, hecho que se explica a través de las razones expresadas en orden decreciente de importancia por los farmacéuticos y cuya causa más frecuente no deja de ser cuanto menos curiosa “Porque nunca me lo había planteado” y que quizás puede explicarse con otras razones menos frecuentes como “Porque creo que su coste ya está incluido en lo que se cobra por la dispensación general” y “Porque el ser cliente habitual da derecho/confianza a no cobrarlas”. El resto de razones -salvo la de no saber cómo valorarlas para cobrarlas- tienen que ver o indican miedo o falta de confianza sobre la posible respuesta de los usuarios a su cobro.

Probablemente, los farmacéuticos comunitarios sean cautivos del sistema retributivo de la farmacia comunitaria basado en el margen de beneficio por la dispensación de medicamentos, lo que ha contribuido a no considerar esta actividad como otro servicio farmacéutico diferenciado, razón que explicaría también su falta de registro, su atención en el mismo lugar en el que se dispensa, etc. Este hecho junto a su falta de registro contribuiría a su falta de sostenibilidad en caso de constituirse como un servicio farmacéutico diferenciado.

Sería conveniente conocer la opinión del paciente o usuario sobre si estaría dispuesto a pagar por este servicio (Schuh y Droege, 2008), aunque paradójicamente cuando en nuestro país se les ha preguntado a los pacientes sobre si estarían dispuestos a utilizar servicios relacionados con la información (entre los que estaría esta actividad), los pacientes los valoran notablemente (puntuándolos con un 7 del 1 al 10) y dando mucha importancia a que la

información sea correcta y proporcionada de forma empática y prestando el tiempo suficiente a cada paciente (Refcom, 2015).

Un estudio australiano concluyó que la mayoría de los pacientes estarían dispuestos a pagar por la consulta en las farmacias que ofrezcan más privacidad y tiempo con derivación documentada al médico cuando sea necesario, al igual que ocurre con otros servicios farmacéuticos (Sriram, 2014).

Un estudio norteamericano que estudió diferentes variables de las consultas entre el farmacéutico y los pacientes concluyó que un sistema de pago de honorarios por servicio parece ser factible para servicios farmacéuticos de asesoramiento (Oh y cols., 2002).

Profundizando en la forma de pago, otro estudio norteamericano concluyó que la voluntad a pagar por los servicios cognitivos farmacéuticos parecía estar relacionado con la cobertura del seguro y los gastos incluidos por éste y ser inversamente proporcional a los gastos que tenía que pagar el paciente de su propio bolsillo. De los pacientes que estaban dispuestos a utilizar los servicios cognitivos farmacéuticos, el 47% de ellos estaban dispuestos a pagar el 100% de su bolsillo, el 70% estaba dispuesto a pagar un copago del 20% y el 85% estaba dispuesto a utilizarlos si el seguro pagase el 100% de su coste (Schub y Droege, 2008). En 2011 una revisión evaluó la efectividad de los incentivos económicos en el cambio de la conducta de los profesionales sanitarios y los resultados de los pacientes, concluyendo que los incentivos económicos pueden ser efectivos para cambiar la práctica de los profesionales sanitarios, sin embargo no se hallaron pruebas de que los incentivos económicos mejoraran los resultados de los pacientes (Flodgren y cols., 2011).

En nuestro país no se dispone de experiencia en la retribución de esta actividad, por lo que son necesarios estudios que exploren los diferentes sistemas retributivos posibles y su influencia en los resultados de salud de los pacientes.

TIPO DE CONSULTA

Uno de los hallazgos de este trabajo -tras analizar los resultados- fue clasificar en dos grupos las CFTIM: las CFTIM preventivas y las CFTIM verificativas. La importancia de esta clasificación radica en la capacidad de prever y/o evitar un daño o perjuicio debido al medicamento objeto de la consulta.

De este modo, en las CFTIM preventivas, como su nombre indica, el solicitante pregunta sobre qué hacer ante una situación/acción relacionada con el medicamento cuando ésta todavía no se ha producido, mientras que en el caso de las CFTIM verificativas se pregunta bien para confirmar una situación relacionada con los medicamentos que ya se ha producido o bien para conocer una información sobre éstos.

La respuesta del farmacéutico puede ser informar, reforzar o reprobar una actitud o decisión sobre la utilización de un medicamento, de forma que dependiendo de cuál haya sido dicha actitud o decisión podrá evitar situaciones (PRM) que puedan suponer la aparición de un resultado negativo de un medicamento objeto de la consulta. Esta es la razón por la que se diferenció entre PRM reales y probables.

En ningún otro estudio se ha encontrado clasificación alguna de las CFTIM. La frecuencia de ambos tipos de CFTIM ha resultado ser parecida, aunque ligeramente mayor en las consultas preventivas, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre éstas y las diferentes variables del estudio (solicitante, motivo de consulta, horario, sexo de los pacientes, personal que las atendió, lugar, etc),

Los resultados obtenidos en las farmacias de estudio indicaron que prácticamente alrededor de la mitad (46,6-58,6%) de los medicamentos objeto de las CFTIM no se habían utilizado en el momento de realizar la consulta.

Sin embargo, al diferenciar entre ambos tipos de CFTIM, se observó que en las CFTIM preventivas, alrededor del 70% de los medicamentos de las que son objeto todavía no han sido utilizados, y entorno al 60-70% de ellas requieren

conocer información clínica del paciente para resolverlas. Por el contrario, en las CFTIM verificativas alrededor del 70% de los medicamentos de las que son objeto han sido ya utilizados y entre un 30-40% de ellas requieren información clínica del paciente. Esto es lógico si tenemos en cuenta que muchas veces la información que se solicita sobre un medicamento no depende de la persona que lo va a utilizar ya que son datos aplicables a todas las personas.

El que existan CFTIM preventivas sobre medicamentos que ya se han utilizado, tiene su explicación porque no todas estas consultas hacen referencia a la utilización de un medicamento. Un ejemplo de ello sería una consulta sobre una interacción, es decir si se puede utilizar un medicamento cuando se está/n utilizando ya otro/s. De igual forma, el que existan CFTIM verificativas en las que hay medicamentos que todavía no han sido utilizados tiene su explicación, ya sea porque sean consultas en las que se pide información o porque se quiere confirmar la información sobre un medicamento que no se ha utilizado. Un ejemplo de ello sería una consulta sobre la conservación de un medicamento, como podría ser si se puede almacenar este medicamento en la nevera, o por ejemplo una consulta sobre una acción que se ha hecho sobre un medicamento como podría ser: “Me he tomado este medicamento cada 12 horas ¿sigo así?”.

Los motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM preventivas fueron los relacionados con los “efectos adversos” y la “composición, presentación y forma farmacéutica de los medicamentos”, mientras que los de las CFTIM preventivas fueron las relacionadas con “interacciones” e “indicación, acción, propiedades de los medicamentos”. Sin embargo ninguno de ellos fue privativo de alguno de los dos tipos de consulta por lo que los motivos de consulta no son una forma adecuada de diferenciarlas.

En cualquier caso, lo deseable es que la población consulte, ya que predispone a que confirme la forma de actuación que antes o después haya tenido o tendrá respecto a un medicamento, lo que permite su intervenir e impedir un RNM o una situación de riesgo que lo provoque (PRM).

INFORMACIÓN CLÍNICA

Durante la atención y resolución de las CFTIM se produce un intercambio de información entre el solicitante de la consulta, normalmente el paciente, y el farmacéutico. Es evidente que para la resolución de dichas consultas podría ser necesario conocer información clínica del paciente destinatario de dicha consulta por lo que es importante conocer hasta qué punto es necesario disponer de la información clínica para el desarrollo de esta actividad.

La necesidad de acceder a la información clínica del paciente para resolver las CFTIM está muy relacionada con determinados motivos de la consulta. De este modo, aquellas CFTIM cuyos motivos fueron: “identificación de medicamento”, “conservación, caducidad y eliminación”, “manejo, preparación y administración”, y “composición, presentación y forma farmacéutica” se puede decir que prácticamente no requieren de dicho conocimiento, ya que en la mayoría de los casos la información proporcionada es impersonal e independiente del resto de variables clínicas. Por el contrario en prácticamente todas las CFTIM sobre “segunda opinión”, “interacciones” y “sobredosificación, olvidos y accidentes”, así como una gran mayoría de las relacionadas con “efectos adversos”, sí que es necesario conocerla.

No obstante, dada la elevada casuística se genera en la atención y resolución de CFTIM es difícil establecer una norma general sobre este particular más allá de las tendencias indicadas. Esta es una de las principales razones que justifican la necesidad de que las CFTIM se realicen en una ZAP que garantice el derecho a la intimidad y respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y que la farmacia adopte las medidas necesarias para hacer posible esta garantía.

MOTIVOS DE CONSULTA

La clasificación de los motivos de consulta utilizados en este trabajo está relacionada con los diferentes aspectos relacionados con la información del medicamento, recogiendo todos los apartados de la ficha técnica y del prospecto de un prospecto de un medicamento, así como otros aspectos relacionados con el conocimiento del paciente sobre sus medicamentos identificados en la práctica farmacéutica habitual.

En definitiva, los motivos de consulta de las CFTIM demandadas en la farmacia comunitaria recogen los aspectos que afectan al proceso de uso y a los resultados del uso de los medicamentos y suelen ser muy parecidos en todos los estudios de práctica farmacéutica (Baixauli y cols., 2004; Baixauli y cols., 2005; Honrubia y cols., 2005) pudiendo variar en si se presentan juntos o de forma separada como motivos independientes.

El estudio más amplio realizado hasta el momento en la farmacia española sobre las “cosas que más se consultan en una farmacia” data de 1996 y fue realizado por el CGCOF (CGCOF, 1997). De entre las diez “cosas” más frecuentes la primera fueron las consultas o “peticiones de consejo” sobre “remedios para dolencias concretas”, es decir, las CFT de indicación farmacéutica, y las siguientes fueron en su mayoría CFTIM: las segundas consultas más frecuentes fueron sobre la “dosis de administración de un fármaco”, la tercera sobre las “incompatibilidades entre fármacos”, la sexta sobre la “eficacia de medicamentos prescritos”, la séptima sobre “efectos secundarios”, la octava sobre “formas de administración de medicamentos” y la décima sobre “contraindicaciones de fármacos”.

En un estudio posterior del CGCOF (CGCOF, 2002), las CFT de indicación farmacéutica siguieron siendo las más frecuentes pasando a denominarse “consejo sobre medicamento más adecuado” y las segundas más frecuentes continuaron siendo las CFTIM, si bien los motivos de consultas se transformaron

en una denominación más genérica “Consejo sobre pautas/formas de administración de los medicamentos”.

Escribá comprobó en una farmacia rural que el tipo de consulta más frecuente varió en función de que el tratamiento fuera de inicio o de continuación, siendo un 52% tratamientos de inicio y el 48% de continuación. Siendo el tipo de consulta más frecuente cuando fue de inicio: posología y eficacia, mientras que cuando era de continuación fue al contrario eficacia y posología) (Escribá, 2008).

Según el estudio de opinión del presente estudio (fase I), los farmacéuticos eligieron como los tres motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM, las “Instrucciones de uso: posología, duración, tratamiento” seguido de “acción, efecto, propiedades, actividad o indicación” e “instrucciones de manejo, preparación y/o administración”. Sin embargo, la mayoría de los estudios de práctica farmacéutica señalan sin ninguna duda al segundo de los motivos indicados como el más frecuente, seguido o bien de “efectos adversos” tal y como se obtuvo en las farmacias del presente estudio (fase II) o bien de “Instrucciones de uso: posología, duración, tratamiento” obtenido en los estudios más antiguos (años 2001, 2003 y 2005), figurando como tercer motivo más frecuente las “interacciones”.

El motivo de menor frecuencia en todos los estudios fue paradójicamente “sobredosificación, olvido en la toma, accidente”. Los motivos de consulta están relacionados con las carencias del conocimiento del paciente sobre su medicación en el proceso general de atención sanitaria, en especial en procesos como la dispensación tal y como demuestran los datos obtenidos en el estudio D-Valor (Salar y cols., 2016) y otros estudios (Nicolas y cols., 2013), además si tenemos en cuenta que dichas carencias afectan negativamente a la percepción del propio paciente sobre la efectividad y seguridad de sus medicamentos, no es descabellado pensar que posteriormente estos pacientes consulten para subsanarlas. Por esta razón la importancia de estos motivos no es sólo posibilitar de una forma sencilla las CFTIM sino también poder orientar –una vez conocidos-

el tipo de información relacionada con los medicamentos en la que es necesario incidir sobre el paciente durante el proceso asistencial, así como la formación del personal que lo lleva a cabo.

En este trabajo se ha utilizado una clasificación de once motivos de consulta y un último motivo “otros” que permita recoger alguno no existente entre los once. Sin embargo, no hay una clasificación consensuada de motivos de consulta, por lo que sería interesante estandarizar una clasificación de motivos de consulta para este tipo de consultas similar a otras clasificaciones utilizadas en el ámbito sanitario (Okkes y cols., 2002).

En mi experiencia, tras atender y resolver las CFTIM y analizar sus motivos de consulta, las situaciones que originan en el solicitante estos motivos son:

- Información proporcionada y no proporcionada en el momento en que se realiza el diagnóstico y la prescripción del medicamento.
- Lectura del prospecto del medicamento a utilizar que generalmente provoca miedo y desconfianza ante su uso.
- Información proporcionada por el entorno familiar y social del paciente.
- Cultura del “respeto” a los medicamentos.
- Aprovechamiento de medicamentos sobrantes en el domicilio como consecuencia de anteriores prescripciones o dispensaciones.
- Incidencias e información no incluida en el prospecto.
- Curiosidad por saber lo que se administran o lo que ocurre si no se lo administran.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información que los farmacéuticos españoles utilizan habitualmente para resolver las CFTIM no suelen especificarse en los estudios. El único estudio encontrado que las detalla (Baixauli y cols., 2005) obtiene unos resultados similares a los obtenidos tanto en el estudio de opinión como en el presente estudio de práctica farmacéutica.

Todos coinciden en que son los “conocimientos propios del farmacéutico” la fuente de información más utilizada y en más de la mitad de las ocasiones, lo que indica que esta actividad se basa en gran medida en la gestión del conocimiento del farmacéutico sobre los medicamentos. Un estudio inglés corrobora el amplio uso (42%) de esta fuente de información, y concluye indicando que el no utilizar fuentes de información de referencia puede influir sobre la capacidad de los farmacéuticos para contestar completamente las preguntas relacionadas con los medicamentos (Rutter y cols., 2009).

La segunda fuente de uso más frecuente fue la base de datos Bot Plus[®] -tanto en su edición impresa como digital-, ya que tradicionalmente durante muchos años ha sido la única que ha existido en las farmacias cuando no existían ordenadores, siendo actualmente la fuente de información más utilizada en las aplicaciones informáticas de gestión de las farmacias comunitarias españolas. Por tanto, su tenencia permitiría la resolución de gran parte de las CFTIM demandadas.

La tercera fuente de información más utilizada fue el uso conjunto de las dos primeras y la cuarta, aglutina la información proporcionada por los laboratorios farmacéuticos responsables de la puesta en el mercado del medicamento (ficha técnica, prospecto, web, informadores técnico sanitarios, etc).

El uso del resto de fuentes fue muy minoritario y estuvo constituido por el CIM, las bases de datos en internet y las revistas y/o libros, y sus combinaciones. Hay que destacar que precisamente el orden de frecuencia de uso de las fuentes de información mencionadas se corresponde tanto con las expresadas por los farmacéuticos en el estudio de opinión (fase I) como con el proceso de búsqueda de información paralelo al de toma de decisiones en la farmacia comunitaria.

Dichos procesos tiene cuatro fases distintas, cada una con un formato de la información diferente. El primer escalón de información se resuelve por la formación (conocimientos del farmacéutico), el segundo debe estar *on-line*, con un contenido informativo mayor, y debería facultar para tomar la decisión en escasos minutos. Si no es así, se pospondría la resolución y se pasaría a un tercer escalón de información, que ya no tiene por qué estar *on-line*, ni ser una fuente informatizada y debería permitir la toma de decisión en unos cuantos minutos. Aguiló proporciona varias fuentes de información en farmacia comunitaria para la resolución de CFTIM relacionadas con las interacciones medicamentosas (Aguiló, 2007). Por último, si se sigue sin poder tomar la decisión que originó la búsqueda de información, ya tendríamos que acudir a fuentes externas a la farmacia, de las que destacan los CIM y los Departamentos Médicos de los laboratorios, que conforman el cuarto escalón de información (Fernández-Llimós, 1999).

FORMA DE RESPUESTA

El modo en que se responden las consultas tampoco se suele indicar en los estudios publicados. En el presente estudio se obtuvo que en la práctica farmacéutica habitual las CFTIM se respondan casi de la misma forma en que se atienden, es decir, presencialmente y/o telefónicamente.

Alrededor del 90% de las CFTIM se atienden de forma presencial respondiéndose de forma verbal, no obstante, en ocasiones entre el 2,1-13,5% se acompañan de información escrita consistente en la anotación en los envases de los medicamentos, o aportar el prospecto, un folleto o un informe.

Esta realidad práctica contrasta con la opinión general manifestada en el estudio de opinión (fase I) por los farmacéuticos comunitarios que declaran proporcionar información escrita en más de la mitad de las ocasiones en que resuelven las CFTIM. Sin embargo, sí que se confirma, cuando matizan que lo más frecuente es proporcionarla en menos del 10% de las CFTIM.

Este resultado es más coherente con la baja tasa de registro de esta actividad (6,4% según la opinión de los farmacéuticos en el estudio de opinión), ya que la simple elaboración y facilitación de la información escrita podría constituir un registro –al menos indirecto- de esta actividad. No obstante, la provisión de información de los medicamentos por escrito es una asignatura pendiente entre los profesionales sanitarios y no siempre mejora el conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos (Hamrosi y cols., 2013; Grime y cols., 2007; Nicolson y cols., 2009). No obstante la emisión de un informe con la consulta realizada y su respuesta supondría un gran avance en cuanto a la transformación de esta actividad en un servicio farmacéutico asistencial.

REGISTRO

En relación con el registro de las CFTIM, la práctica totalidad (93,6%) de los farmacéuticos comunitarios declaren que no registran las CFTIM, no hace más que confirmar la tradicional falta de registro de las actividades que se realizan en las farmacias comunitarias, y por consiguiente la escasa información disponible en España sobre esta actividad.

Posiblemente, la falta de reconocimiento como servicio por los propios profesionales y la población, así como la inexistencia de su retribución sea un factor decisivo a la hora de su registro. Otra barrera que dificulta su registro es la ausencia de un lugar dentro de las aplicaciones informáticas donde realizarlo, tanto a nivel de la propia farmacia como en las aplicaciones de receta electrónica (Baixauli y cols., 2015), siendo que, tal y como se ha observado, casi la mitad de estas consultas tiene lugar durante el servicio de dispensación, y que se han propuesto herramientas para el registro de las actuaciones profesionales que demanda el usuario en la farmacia comunitaria (Prats y cols., 2010; Moranta y cols., 2007; Martínez-Romero y cols., 2005).

RESOLUCIÓN

Los estudios de práctica farmacéutica corroboran la opinión que expresan los farmacéuticos comunitarios cuando se les pregunta sobre la cantidad de consultas recibidas que resuelven correctamente. Según la opinión de una gran mayoría resuelven correctamente entre el 76-100% de las CFTIM, en consonancia con los porcentajes de resolución obtenidos en los estudios de práctica farmacéutica: 91,4% (Baixauli y cols., 2004), 88,5% (Baixauli y cols., 2005), 84% (Schommer, 1995) y 100% en el presente estudio (fase II).

Posiblemente la obtención de estos valores tan elevados de resolución se debe a la forma en que se valoran, y están más relacionados con el resultado de una encuesta de satisfacción que de una intervención farmacéutica como tal. Por ello, sería deseable disponer de programas (Berger y cols., 2005) o indicadores que evaluaran la calidad del asesoramiento del farmacéutico, así como de programas de mejora continua con métodos formativos que faciliten el entrenamiento y el proceso de comunicación farmacéutico-paciente (Berger y cols., 2005; Cavaco y Roter, 2010; Rovers y Hagel, 2012; Williams y cols., 2012).

La diferencia de porcentajes obtenidos en el estudio de práctica farmacéutica respecto al estudio de opinión se debió a que en el primero fue el paciente el que decidió si se le había resuelto la consulta o no, mientras que en el estudio de opinión fueron los propios farmacéuticos comunitarios quienes lo manifestaron. En este sentido parece ser que los pacientes y usuarios valoran más la actuación del farmacéutico, y son conscientes de que una cuestión es atender y resolver la consulta y otra muy distinta resolver la causa o la consecuencia de la consulta. De hecho y como se indicará posteriormente, muchas de las CFTIM acaban con la derivación al médico para que éste resuelva el problema o el resultado en salud relacionado con el medicamento/s objeto de la consulta.

Esta alta valoración que los pacientes y usuarios otorgan al farmacéutico, estaría muy relacionada con la valoración general que éstos tienen del farmacéutico (Refcom, 2015), no hay que olvidar que la principal razón aludida por los

pacientes y usuarios para acudir a consultar a la farmacia fue por la confianza en el servicio (Sánchez y cols., 2001). De hecho, cuando se estudiaron los factores que influyen en las percepciones de los consumidores acerca de la satisfacción del servicio de consulta, la calidad del servicio, la general, y la confianza en el proveedor de los servicios para servicios de consulta farmacéutica, los resultados mostraron que la normativa (lo que debería ser) y las expectativas previas (la voluntad) juegan un papel diferencial en la evaluación de los consumidores de la satisfacción, percepción de la calidad y la confianza en el proveedor del servicio (Schommer, 2000).

Así pues, sería necesario realizar estudios de satisfacción de pacientes españoles específicos sobre este tipo de consultas para así conocer su opinión, sus demandas y expectativas. No obstante, independientemente de que el solicitante considere la consulta como resuelta, en el presente estudio se ha valorado también la resolución o no de los RNM y la evitación o no de los PRM identificados.

La forma de proceder de los farmacéuticos en caso de no poder o saber responder las CFTIM, tampoco suele indicarse en los estudios publicados. Sólo en uno (Baixauli y cols., 2004) se indicó ante esta situación, que se derivó al médico en la mitad de las ocasiones. Esta disyuntiva entre derivar a otro profesional sanitario o citar más tarde en caso de no poder/saber resolver la consulta, se puso de manifiesto en las respuestas de los farmacéuticos en el estudio de opinión (fase I) al contestar a la pregunta de cómo procederían ante esta situación, resultando un empate entre ambas opciones. No obstante, en el presente estudio (fase II) de práctica farmacéutica -aunque casi todas las CFTIM se resolvieron de forma inmediata (97,4%)- en los once casos en que no fue así, se procedió citando al solicitante más tarde, finalmente resolviendo 7 de ellas y derivando al médico en el resto de las ocasiones (36,4%).

INTERVENCIONES

La resolución de las CFTIM se lleva a cabo proporcionando la información demandada, la provisión de la información es siempre la principal intervención de las CFTIM, pero además y dependiendo de la CFTIM para resolver PRM/RNM, se suele acompañar en más de la mitad de las ocasiones de otras intervenciones que la complementan. Estas intervenciones fueron en orden decreciente de frecuencia: la derivación al médico, la monitorización, la provisión de educación sanitaria, la dispensación (de medicamentos y productos de parafarmacia), las combinaciones entre éstas y otras, entre las que se encontraron la notificación al sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, la derivación a otros servicios, las combinaciones entre todas ellas, y otras.

Las CFTIM en las que se llevaron a cabo estas intervenciones adicionales sólo se encontraron detalladas en dos estudios, que las cuantificaron en un 62,3% (Sánchez y cols., 2001) y en un 37,7% (Baixauli y cols., 2005) y se confirman con los datos obtenidos de incidencia de dichas intervenciones (51,2%) en las farmacias del presente estudio (fase II), si bien muestran sensibles diferencias cuantitativas entre las diferentes intervenciones. Parte de estas diferencias se deben a que a diferencia del anterior estudio, en el presente estudio se permitió registrar más de una intervención a la vez, incluyéndose por tanto en los resultados las combinaciones entre todas ellas. Esta diferencia aumentó la información obtenida sobre las intervenciones realizadas, pero también complicó la comparación cuantitativa con dichos estudios.

La intervención más frecuente fue la derivación al médico constituyendo alrededor de la tercera parte de todas las intervenciones (32,2%), y siendo acordes con los resultados de otro estudio (Baixauli y cols., 2005) (23,71%). Este valor pone de manifiesto la necesidad de mejorar la comunicación entre los médicos de Atención Primaria y los farmacéuticos comunitarios para conseguir una óptima asistencia farmacoterapéutica en paciente (Pastor y cols., 2008).

Los dos motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM cuyo resultado fue derivar al médico y proporcionar educación sanitaria fueron los relacionados con los “efectos adversos” de los medicamentos y la “indicación, acción y propiedades” de éstos. Éste último motivo de consulta fue también el más frecuente de las CFTIM que se resolvieron monitorizando (2ª intervención más frecuente), y dispensando (4ª intervención más frecuente).

La tercera intervención en frecuencia fue la educación sanitaria sobre medicamentos, ya que en varias ocasiones fue necesario reforzar la información proporcionada sobre el medicamento/s objeto de consulta.

La dispensación (de medicamentos y productos relacionados con la salud) resulto ser del 9,8%, por debajo del valor obtenido en otro estudio 28,9% (Baixauli y cols., 2005). Estos valores contrastan con los altos valores obtenidos en algunos estudios: 41,9% (Sánchez y cols., 2001) y 50,2% (Baixauli y cols., 2004) cuando en lugar de resolver sólo las CFTIM, se resuelven todas las consultas farmacéuticas, por lo que los usuarios salen de la farmacia sin tener que comprar nada, ni pagar nada, salvo que deseen que se les dispense algún medicamento, lo que es muy indicativo de la labor social y sanitaria que realizan las farmacias.

El resto de intervenciones fueron minoritarias y consistieron en combinaciones entre las ya mencionadas y algunas otras como la notificación al sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la derivación a otros servicios farmacéuticos.

En el presente estudio se realizaron tres notificaciones al sistema español de farmacovigilancia, frente a la notificación de sólo una en el único estudio en que se detalló esta intervención (Baixauli y cols., 2005). Esta baja frecuencia puede indicar que las sospechas de reacciones adversas a medicamentos detectadas en las CFTIM no se notificaron por ser muy frecuentes y conocidas, así como por que no se trató de medicamentos comercializados en los últimos cinco años que estuvieran sometidos a una especial vigilancia.

La derivación a otros servicios farmacéuticos fue muy baja, aislada, variada y específica para cada CFTIM. Estos otros servicios fueron: seguimiento farmacoterapéutico, cesación tabáquica, medición y control de la PA y medición y control del riesgo vascular. Otras intervenciones que se registraron como “otras” fueron: “disminuir la dosis” de dos medicamentos y “retirar un medicamento”.

En definitiva, las intervenciones son muy variadas, como se ha observado con las numerosas combinaciones registradas, ya que responden a la resolución de cada CFTIM individual según el juicio clínico del farmacéutico que la atendió y resolvió.

MEDICAMENTOS CONSULTADOS

La mayoría de las CFTIM estuvieron relacionadas con un único medicamento o con dos, puesto que si sumamos las frecuencias de ambas cantidades constituyen el 87% de todos los medicamentos registrados en este trabajo, de hecho la media de medicamentos por consulta fue del 1,7%.

Los medicamentos implicados en las CFTIM cubren todos los grupos anatómicos de la clasificación ATC, aunque los cinco más frecuentes que generan más consultas son los relacionados con el Sistema nervioso central (21,6%) > Tracto alimentario y metabolismo 13,1% > Antiinfecciosos 12,7% > Sistema cardiovascular 11,8% > Sistema músculo esquelético 9,2%. Éstos grupos se corresponden con los grupos de las especialidades farmacéuticas más dispensadas a través de las farmacias en 2014 (Farmaindustria, 2014). Los otros estudios que recogieron datos de medicamentos implicados en las CFTIM (Baixauli y cols., 2005; Escribá, 2008) obtuvieron datos muy similares a nivel cualitativo, variando el orden de prioridad del grupo: Aparato cardiovascular > Sistema nervioso central > Aparato digestivo y metabolismo.

Sin embargo, cuando descendemos en dicha clasificación a nivel del grupo terapéutico, los cinco más frecuentes fueron: antibacterianos de uso sistémico > analgésicos > psicodélicos > productos antiinflamatorios y antirreumáticos > los psicoanalépticos, y los agentes antitrombóticos. Las consultas sobre “interacciones”, sobre “efectos adversos” y sobre la “indicación, acción y

propiedades” de estos medicamentos son los motivos más frecuentes de consulta sobre los mismos.

Dichos grupos terapéuticos (terapia antiinfecciosa y sistema músculo esquelético), coinciden con los de los medicamentos que más consultas generaron proporcionalmente a su dispensación, en una farmacia comunitaria rural de la provincia de Valencia (Escribá, 2008). También coinciden con los medicamentos más demandados en las farmacias cuando éstas prestaban el servicio de urgencias (Honrubia y cols., 2005; García, 2013)

IMPACTO SANITARIO DE LAS CFTIM

Este apartado constituye uno de los objetivos específicos planteados en este trabajo, ya que pretende aportar los datos que permitan demostrar la hipótesis de que la atención y resolución de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en la farmacia comunitaria es una actividad asistencial que puede influir positivamente sobre la salud de los pacientes o usuarios que las demandan.

Con esta intención, a través del estudio de opinión (fase I) del presente estudio los farmacéuticos comunitarios encuestados confirmaron prácticamente por unanimidad la importancia del valor sanitario de la atención y resolución de CFTIM, tanto para el paciente como para el sistema sanitario. También estuvieron muy de acuerdo en que es un servicio farmacéutico necesario para el sistema sanitario y que la farmacia comunitaria es el lugar idóneo para consultar sobre los medicamentos y que sería factible prestar en la oficina de farmacia un servicio de consulta farmacéutica similar al que prestan otros profesionales sanitarios (consulta médica, veterinaria, de enfermería...). De igual forma, afirmaron estar de acuerdo o muy de acuerdo (97,5%) con que resolviendo las CFTIM se previenen, detectan y/o resuelven PRM y/o RNM.

De hecho, *“la atención y resolución de CFTIM formuladas por los pacientes es una actividad que permite la detección de PRM, sobretudo de los no*

manifestados” fue la conclusión de un estudio previo realizado en 2005 (Baixauli y cols., 2005) y fue el punto de partida de la pregunta de investigación de este trabajo. Salvo éste, no se han encontrado otros estudios publicados que relacionen las CFTIM y los PRM/RNM.

En dicho estudio se detectaron 32 PRM sobre el total de las CFTIM recibidas (15,3%) siguiendo la clasificación de PRM del primer consenso de Granada (Panel de consenso ad hoc, 1999), pero utilizando la numeración del segundo consenso de Granada (Panel de Consenso, 2002). Sin embargo, desde esa fecha hasta la actualidad, la terminología utilizada en relación con los PRM ha sufrido un considerable cambio que quedó reflejado en la publicación del tercer consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). En él se asume la entidad de los PRM como elementos de proceso y como causas de RNM, se define a los PRM y RNM y se propone un listado de PRM y una clasificación de RNM, que tal y como se indica en el apartado metodología, es la que se ha utilizado en este trabajo (Comité de consenso, 2007). En la práctica farmacéutica, este cambio implica que básicamente lo que en 2005 se llamaba “PRM” y “causas de PRM”, ahora se denomina “RNM” y “PRM” respectivamente, de forma que los PRM son las causas de los RNM.

La repercusión o impacto de la atención y resolución de las CFTIM sobre la salud de los pacientes y usuarios que las demandan es séxtuple y comienza con la provisión de información sobre los medicamentos que se realiza en todas ellas.

La provisión de información sobre los medicamentos aportada en la resolución de las CFTIM es esencial si tenemos en cuenta que el éxito de los resultados de la farmacoterapia está directamente relacionado con la cooperación del paciente en el proceso de uso de los medicamentos, por lo que su provisión o subsanación de la información errónea a través de su contestación contribuye a dicho éxito. Por esta razón, los pacientes deben ser informados y educados sobre el tratamiento y sus responsabilidades para formar parte del proceso general de atención al

paciente. Si el paciente no tiene la información correcta de cada uno de los aspectos mínimos para el uso del medicamento (indicación, posología, pauta, forma de administración y duración del tratamiento) puede no utilizar de manera adecuada el medicamento, pudiendo originar RNM (García, 2014). Por esta razón, las CFTIM pueden ser un excelente indicador de la calidad del proceso asistencial.

1. Provisión únicamente de información farmacoterapéutica

En este estudio de práctica farmacéutica (fase II) se proporcionó la información demandada relacionada sobre la farmacoterapia en 137 CFTIM (32,0%) sin detectar ningún PRM o RNM. La escasa información que tienen los pacientes sobre los medicamentos que utilizan por diversas causas no es una novedad y ha sido puesta de manifiesto por varios trabajos tanto en nuestro país (Salar y cols., 2016; Abaurre y cols., 2009; Jiménez, 2009), como en otros (Horvat y Kos, 2015; Rubio y cols., 2015).

En su mayoría este tipo de CFTIM fueron consultas verificativas, demandadas con más frecuencia por pacientes que acudieron únicamente a consultar. Se solicitaron principalmente en el mostrador y fueron atendidas mayoritariamente por el farmacéutico. Los pacientes que consultaron fueron principalmente mujeres de una media de 66,5 años, y los tres motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM estuvieron relacionados con las “interacciones”, la “indicación, acción, propiedades” y la “composición, presentación y forma farmacéutica” de los medicamentos.

Las CFTIM se resolvieron proporcionando información y además en un 19,0% de ellas se realizaron intervenciones adicionales. Estas intervenciones fueron en orden de decreciente: monitorizar, dispensar, derivar al médico y proporcionar educación sanitaria.

2. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de PRM

El segundo resultado obtenido en este estudio que demuestra la repercusión/impacto sanitario de esta actividad ha sido la identificación de 123 PRM en casi otro tercio de las CFTIM (28,7%). De ellos se halló que casi un poco más de la mitad (67,5%) fueron probables y el resto reales (32,5%), lo que da una idea de la oportunidad que proporcionan las CFTIM para identificar y evitar situaciones de riesgo que puedan provocar resultados negativos en salud asociados al uso de medicamentos (RNM). En un 4,7% de las CFTIM, tras su análisis, se detectaron más de un PRM por consulta, situación que no se detectó en el pilotaje y por tanto no se pudo registrar, por lo que dichos PRM no han sido contabilizados ni valorados. Sin embargo, este hallazgo abre una posible vía de estudio sobre las posibles situaciones de riesgo que se identifican en las CFTIM.

Las CFTIM en las que se identificaron directamente estos PRM fueron consultas preventivas, si bien hay que destacar que los PRM reales se identificaron prácticamente por igual en ambos tipos de consultas. Los pacientes que las demandaron con más frecuencia, acudieron únicamente a consultar, solicitándolas principalmente en el mostrador y siendo atendidas mayoritariamente por un farmacéutico. Los pacientes que consultaron fueron principalmente mujeres de 57,3 años, y los tres motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM en las que se identificaron estos PRM fueron sobre “instrucciones de uso, posología y duración” de medicamentos, sobre “manejo, preparación, administración” de medicamentos y sobre “segunda opinión”. Sin embargo, si distinguimos dichos motivos de consulta entre PRM reales y probables, la diferencia principal estriba en que los PRM reales sólo se detectaron prácticamente en las CFTIM en las que se consulta por “instrucciones de uso, posología y duración”, “manejo, preparación, administración” y “segunda opinión”. Los dos primeros coincidieron con el estudio previo (Baixauli y cols., 2005), si bien las diferencias en la frecuencia fueron notables.

Las CFTIM se resolvieron proporcionando información y además en un 42,3% de ellas se realizaron intervenciones adicionales. Estas intervenciones fueron

principalmente en orden de decreciente: monitorizar, derivar al médico y proporcionar educación sanitaria. Los PRM identificados directamente fueron mayoritariamente de cuatro tipos (constituyendo el 87% de todos ellos): los relacionados con la “administración errónea del medicamento”, con la “dosis, pauta y/o duración no adecuada”, con las “interacciones” y con el “incumplimiento”.

De todos los PRM sólo los relacionados con la “administración errónea del medicamento”, con las “interacciones” y con el “incumplimiento” fueron identificados con mayor frecuencia de forma probable que real. El resto de PRM se identificó con igual frecuencia. No se han encontrado estudios con los que confirmar los datos obtenidos.

La identificación de PRM en la atención y resolución de casi la tercera parte de las CFTIM permite detectar situaciones reales o probables que pueden desencadenar un daño para la salud derivado de los efectos negativos de los medicamentos que se consultan en ellas, por ello es importante que los pacientes durante el proceso de uso de sus medicamentos consulten, ya que la mayoría de las veces las consultas serán preventivas y permitirán evitar dichas situaciones, y cuando sean verificativas, si el farmacéutico es capaz de identificar estas situaciones podrá intentar evitarlas. Por tanto, la variabilidad de los motivos de consulta de las CFTIM donde se identifican PRM requiere estar atento a todas ellas.

3. Provisión de información farmacoterapéutica e identificación de RNM

El tercer resultado que avala la mejora de la salud de los pacientes que realizan las CFTIM ha sido la identificación de 168 RNM en el 39,3% de las CFTIM, lo que da una idea de la oportunidad que proporcionan las CFTIM para identificar resultados negativos en salud asociados al uso de medicamentos (RNM). En el único estudio encontrado (Baixauli y cols., 2005) utilizando la terminología actual, se identificaron 32 RNM, un 15,3% del total de las CFTIM recibidas (209), siendo 13 RNM manifestados y 19 sospechas de RNM, lo que contrasta con las mayores tasas obtenidas en este estudio. Esta diferencia se debe posiblemente a la

diferencia de conceptos entre PRM y RNM que por aquel entonces era más difusa y mezclaba causas con resultados, a la menor cantidad de CFTIM registradas, y, en mi experiencia profesional, puesto que no se han encontrado datos que lo corroboren, creo que porque ha cambiado el perfil de las CFTIM. En aquellos años las CFTIM eran más verificativas y demandaban principalmente sólo información farmacoterapéutica, y habían menos personas mayores que utilizaran muchos medicamentos, mientras que en la actualidad este tipo de información está mucho más accesible para los pacientes, por lo que consultan sobre lo que no saben, es decir sobre situaciones y dudas que les preocupan, ocurren o no conocen y la respuesta a ellas no figuran como tal en los prospectos o no son capaces de entenderlas o no pueden acceder de forma cómoda y rápida a un profesional sanitario que se las resuelva.

Las CFTIM en las que se identificaron directamente más RNM en valor absoluto fueron las consultas preventivas, si bien hay que destacar que porcentualmente se identificaron prácticamente por igual tanto en las consultas preventivas como en las consultas verificativas. Los pacientes que las demandaron con más frecuencia, acudieron únicamente a consultar, solicitándolas principalmente en el mostrador y siendo atendidas mayoritariamente por un farmacéutico. Los pacientes que consultaron fueron principalmente mujeres de 57,7 años, y los motivos de consulta más frecuentes de las CFTIM en las que se identificaron estos RNM fueron sobre “efectos adversos”, “indicación, acción, propiedades” y sobre “segunda opinión”. Estos motivos fueron similares cualitativamente pero de mayor frecuencia a los obtenidos en el único estudio realizado (Baixauli, 2005). Las CFTIM se resolvieron proporcionando información y en la gran mayoría de ellas (84,5%) se realizaron intervenciones adicionales. Estas intervenciones fueron en orden de decreciente: derivar al médico, proporcionar educación sanitaria, monitorizar y dispensar.

Los RNM identificados directamente se clasificaron en base a su necesidad (28,0%), efectividad (25,0) y seguridad (47,0%), siendo los RNM de necesidad y seguridad los que primero se identifican, lo cual es importante para su resolución.

La identificación de RNM en la atención y resolución de casi un 40% de las CFTIM permite detectar un daño para la salud derivado de los efectos negativos de los medicamentos que se consultan en ellas, por ello también es importante que los pacientes durante el proceso de uso de sus medicamentos consulten, ya que en un 28% de dichos resultados negativos relacionados con la seguridad podrán ser seguramente resueltos, un 25% relacionados con la efectividad también y el 47% restante relacionados con la seguridad si el farmacéutico es capaz de identificarlos se podrán resolver antes en comparación a esperar a que dichos resultados sean más graves. En definitiva la identificación precoz de los RNM a través de esta actividad permitirá actuar y derivar con mayor celeridad para resolverlos.

En relación a la prevalencia de RNM encontrada en el estudio, ésta no es muy elevada si tenemos en cuenta que actualmente los RNM son un importante problema de salud pública, y su prevalencia en los servicios de urgencias ambulatorios es similar a los servicios de urgencias hospitalarios (Martínez y cols., 2012, Ruiz de Adana, 2012). Así, en el ámbito hospitalario de nuestro país existen una amplia variedad de estudios observacionales que muestran a través de los ingresos en urgencias hospitalarias, una elevada prevalencia de la morbilidad asociada al uso de medicamentos que se traduce en consecuencias negativas para la salud de las personas. Las personas que ingresan en urgencias, son pacientes del ámbito de la atención primaria, por lo que los resultados obtenidos en hospitales no dejan de ser los de una parte de la población extrahospitalaria a la que asiste también la farmacia comunitaria.

4. Evitación de PRM identificados y prevención de RNM

El cuarto resultado que avala la mejora de la salud de los pacientes que realizan las CFTIM ha sido evitar 116 PRM, el 94,3% de los 123 PRM identificados previamente, previniendo así la aparición de los correspondientes RNM. Por tipos, se evitaron todos los PRM reales y el 92,7% de los PRM probables. La evitabilidad de los PRM en esta actividad (medida como el porcentaje de PRM evitados respecto de los PRM identificados), fue del 94,3% (100% en los PRM

reales y el 92,7% en los PRM probables). Como ya se ha indicado anteriormente, desde que se publicaran en 1999 los primeros resultados cuantificando los PRM en la farmacia comunitaria (Duran y cols., 1999), a pesar de ser un término ampliamente utilizado en la literatura (Fernández-Llimós y cols., 2005), ha habido cambios relevantes en el concepto de PRM, nombrándose de diferentes formas, como el RNM, lo que dificulta la valoración de los resultados obtenidos en este estudio. Sin embargo, en lo que todos los autores parecen estar de acuerdo es en que la mayoría de los PRM son evitables tal y como se ha puesto de manifiesto en varios estudios tanto en nuestro país (-poner referencias-) como en otros (Hämmerlein y cols., 2007; Un y cols, 2007; Huysmans y cols., 2014; Kempen y cols., 2014).

El elevado porcentaje de detección y resolución hallado en este estudio se debe a que como ya se ha indicado, alrededor de la mitad de las CFTIM son preventivas, lo que permite hablar de PRM y RNM probables, y por tanto de su evitabilidad si dichas CFTIM se contestan evitándolos o resolviéndolos. Los PRM no evitados fueron tres “interacciones”, dos “errores de dispensación”, un “incumplimiento” y un “problema de salud insuficientemente tratado”. Todos ellos fueron probables, es decir, que todavía no se había comenzado a utilizar el medicamento consultado en el momento de la consulta, por lo que se podría derivar al paciente al médico para intentar evitarlo.

Los RNM prevenidos se clasificaron en base a su necesidad (12,2%), efectividad (67,5%) y seguridad (20,3%) y tan sólo informan de lo que pudiera haber ocurrido si no se hubieran evitado los PRM que los habrían causado.

La resolución de estas CFTIM finalizó mayoritariamente informando sobre los medicamentos, monitorizando y derivando al médico.

5. Resolución de RNM identificados

El quinto resultado que avala la mejora de la salud de los pacientes que realizan las CFTIM ha sido resolver 107 RNM, el 63,7% de los 168 RNM identificados previamente. La resolubilidad de los RNM en esta actividad (medida como el porcentaje de RNM resueltos respecto de los RNM identificados), fue del 63,7%.

Los RNM no resueltos estuvieron relacionados principalmente con la seguridad (50,6%), y en menor medida con la necesidad (23,4%) y la efectividad (23,8%).

Para resolver estos RNM hubo que identificar los PRM que los causaron. Los más frecuentes fueron la “probabilidad de efectos adversos” de los medicamentos, y los “problemas de salud insuficientemente tratados”. El problema de estos PRM es que, prácticamente sólo se pueden evitar cuando ya han ocasionado un RNM, lo cual dificulta su prevención. El primero de ellos se identifica mayoritariamente en consultas verificativas mientras que el segundo por el contrario en las consultas preventivas.

Las causas de todos los RNM (identificados directamente y prevenidos) clasificados en base a su necesidad, efectividad y seguridad. La resolución de estas CFTIM finalizó mayoritariamente derivando al médico, proveyendo educación sanitaria e informando sobre los medicamentos.

Según varios trabajos, en España (Tuneu y cols., 2000; Baena y cols., 2003; Otero y cols., 2006; Cubero-caballero y cols., 2006; García y cols., 2008) el porcentaje de pacientes que ingresó a consecuencia de un RNM puede establecerse en el 35,7% (García, 2014), y aunque un porcentaje de ellos requiere de hospitalización para resolver el problema de salud, la mayoría de ellos, tanto de los RNM como de los ingresos causados por RNM fueron evitables. De hecho, la evitabilidad de los RNM en este ámbito según la bibliografía supera siempre el 60% (Martín y cols. 2002; Climente y cols., 2001; Koh y cols., 2003; Baena y cols., 2003; García y cols., 2008), llegando incluso hasta el 81% (García, 2014).

Al buscar asociación entre número de PRM o RNM y edad, y entre número de PRM o RNM y sexo, no se encontraron diferencias significativas, como en otros estudios realizados en servicios de urgencia hospitalarias (Climente y cols, 2001; Koh y cols., 2003; Courtman y Stallings, 1995). Tampoco se encontraron entre RNM y el número de medicamentos como si han encontrado otros autores (García y cols., 2008; Baena, 2003; Tuneu y cols., 2000). La explicación más

probable es que así como en dichos estudios se registraba el tratamiento farmacológico completo, en el presente estudio sólo se registraron aquellos medicamentos objetos de consulta y no todo el tratamiento farmacológico del paciente, por lo que su número es muy inferior. De hecho, en dichos estudios tomar 5 o más fármacos fue un factor de riesgo estadísticamente significativo de presentar un RNM, con una OR = 2,27 respecto a los pacientes que no tomaban fármacos, sin embargo, tomar de 1 a 4 fármacos también fue factor de riesgo, pero sin alcanzar significación estadística (OR = 1,37) mientras que en el presente estudio la media de medicamentos por consulta fue de 1,7% DE 1,4.

Estos resultados acompañados de su elevado coste para el sistema sanitario, y alta prevalencia en la población atendida, avalan la importancia de la actuación del farmacéutico en el proceso de uso del medicamento para lograr un uso racional del mismo. Desde este punto de vista un servicio de CFTIM permite constatar y a la vez subsanar las demandas de información detectadas.

Un dato interesante es conocer cuáles son los PRM más frecuentes en las CFTIM en las que se dispuso de información clínica del paciente, por si dicha variable puede influir en la evitación de algunos de los PRM, sin embargo, en la mayoría es importante disponer de dicha información para resolverlas. Sólo en los PRM: "error de dispensación", "conservación inadecuada" y "otros", no se requieren disponer de ella. En el resto de PRM dependiendo de la CFTIM se requiere o no. La mayoría de CFTIM son preventivas y permiten evitar la aparición de PRM y RNM, por lo que es importante transmitir el mensaje de que siempre se consulte al farmacéutico ante dudas relacionadas con los medicamentos. Sin embargo, las CFTIM verificativas pueden ser muy importantes para subsanar, informar y educar sobre acciones, decisiones y conductas relacionadas con los medicamentos ya realizadas, con el fin de prevenir futuros usos incorrectos. Es por tanto importante promocionar esta actividad en la farmacia comunitaria y mantener los mensajes que desde otros medios de comunicación transmiten a la población la promoción de consultar con el farmacéutico (DGFPS, 1999).

En el caso de los RNM y los PRM reales, que ya se han producido y se identifican durante la atención y resolución de las CFTIM, éstos pueden en algunos casos resolverse o evitarse con la respuesta que se proporcione y las intervenciones que se recomienden, salvo en el caso de los efectos adversos o de los RNM debidos a éstos o aquellos en los que se requiera la modificación del tratamiento por parte del médico responsable de éste.

Salvando las obvias diferencias entre ambos niveles asistenciales, los resultados obtenidos en la farmacia comunitaria, dado que su ámbito de actuación es la atención primaria, tendrían una mayor proyección sanitaria.

6. Mejora del proceso de uso y los resultados del medicamento

Un sexto resultado que se ha intuido durante el análisis de esta actividad pero que no ha podido ser comprobado debido a la metodología utilizada, es la mejora que pudiera provocar la información proporcionada al paciente, tanto en el proceso de uso como en los resultados de los medicamentos que el paciente utiliza. Este hipotético resultado beneficioso de esta actividad se plasmaría en situaciones como la simplificación de la pauta posológica, o la educación sobre medicamentos que contribuye a evitar accidentes, errores, riesgo de caídas (Bartlett y cols., 2015), o la mejora de la probabilidad de cumplir la toma de su medicación (Gu y cols., 2008). La demostración de esta hipótesis podría llevarse a cabo en futuros estudios.

Por último, Otro aspecto que cabe plantearse dada la naturaleza preventiva de muchas CFTIM, sería la elaboración y de indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por los medicamentos adaptados a la farmacia comunitaria tal y como proponen algunos autores. La identificación de los procesos de uso de medicamentos que probablemente tienen mayor riesgo para la salud y que por tanto pueden ser evitados y su conocimiento por los farmacéuticos comunitarios puede contribuir a optimizar el uso de los medicamentos, y minimizar riesgo de los pacientes (Dago, 2009).

TRANSFORMACIÓN EN SERVICIO FARMACÉUTICO PROFESIONAL

Al hilo de los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se han obtenido elementos de juicio para valorar la transformación de esta actividad en un servicio profesional farmacéutico en la farmacia comunitaria.

Para valorar si esta actividad de atención y resolución de CFTIM podría convertirse en un SPFA, se puede utilizar los apartados principales del decálogo de la SEFAC a modo de “check list” de las características que debe cumplir un SPF.

OBJETIVO

El objetivo de un servicio de consulta farmacéutica sobre información de medicamentos estaría en la línea de los objetivos de un SPFA puesto que es una actividad sanitaria prestada desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tal y como se ha descrito en este trabajo de investigación, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos, de acuerdo con los objetivos generales del sistema sanitario.

CATALOGO Y CARTERA

Esta actividad podría estar incluida como un servicio diferenciado en el catálogo de servicios de AF que una farmacia comunitaria podría prestar a sus pacientes y usuarios, ya que ha demostrado en la práctica farmacéutica cubrir una necesidad diaria de pacientes y usuarios. También podría estar incluida en su cartera de servicios si fuese concertado con la administración sanitaria como una prestación farmacéutica del SNS o bien con otros proveedores de atención sanitaria, si bien sería necesario realizar previamente estudios de coste utilidad y coste efectividad.

CARACTERIZACIÓN Y PROTOCOLIZACIÓN

Actualmente todavía no existe un consenso en su definición, terminología, clasificaciones, fuentes de información, y registro, lo que impide disponer de un documento de especificaciones y un procedimiento normalizado de trabajo (PNT).

CALIDAD: CAPACITACIÓN, CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN

Actualmente no es posible cumplir con este apartado, ya que todavía no se dispone de los documentos indicados en el apartado anterior, los cuales son necesarios para poder desarrollarlo. Además aunque muchas farmacias comunitarias pudieran conseguir una certificación de los recursos materiales necesarios para realizarlo, sería necesario establecer un programa de capacitación para el personal que lo preste. También sería necesario para asegurar un nivel de calidad óptimo y una homogeneidad en el servicio incluir a este servicio en un programa de supervisión externa de su calidad. Sin todos estos elementos la acreditación por parte de la administración sanitaria es muy improbable.

IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO

A la luz de los trabajos y registros existentes de esta actividad en nuestro país no parece que exista un interés inusitado de los farmacéuticos comunitarios en implantar un servicio de esta naturaleza, sin embargo, el hecho de que hay mucho trabajo realizado, y que actualmente se están empezando a desarrollar experiencias sobre SPF en algunos COF y la SEFAC, apuntan a pensar en su implantación en un futuro próximo.

BIOÉTICA Y LEGALIDAD

La prestación de esta actividad como un SPF que tenga en cuenta tanto los criterios bioéticos (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) como los criterios legales (LOPD, Autonomía del paciente,..), no parece representar ningún problema, máxime si tenemos en cuenta que recientemente se ha publicado el código ético de farmacia comunitaria que contiene acuerdos de buena práctica que se consideran válidos para el ejercicio profesional en aras de la calidad, que

tratan de promover valores importantes en la convicción que mejoran la asistencia (SEFAC, 2015).

RETRIBUCIÓN

Para que este servicio sea sostenible debería dotarse de un sistema retributivo acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados, sistema que hasta la fecha no ha sido diseñado, propuesto o pilotado.

DIFUSIÓN

Todos los servicios requieren ser conocidos por sus posibles usuarios, por lo que si se aborda la transformación de esta actividad en un SPF, sería necesario relanzarlo haciendo especial hincapié en las diferencias y novedades que supondría para el paciente o usuario. En este sentido y dependiendo de su alcance la difusión debería ser realizada de forma individual por cada farmacia, de forma corporativa por los COF o bien de forma colectiva a los proveedores de atención sanitaria (públicos o privados).

DERIVACIÓN ENTRE SERVICIOS

A la vista de las diferentes intervenciones que son susceptibles de llevarse en la resolución de estas consultas, sería necesario establecer en cada farmacia donde se prestase este servicio un mapa de derivaciones entre los propios SPF que ésta ofertase.

COLABORACIÓN CON OTROS PROFESIONALES

Tras observar la frecuente necesidad de derivación al médico de este servicio es evidente que para su prestación, sería conveniente de la coordinación con otros profesionales sanitarios como el médico.

6.1 Limitaciones y sesgos del estudio

Las limitaciones y sesgos que pueden afectar a la interpretación de los resultados obtenidos en este trabajo de investigación son las siguientes:

Naturaleza informativa de las consultas

El carácter informativo de algunas consultas, condiciona que en muchos casos la resolución de la consulta evite que exista una repercusión clínica sobre la salud del paciente debido a que el aspecto sobre el que se consulta no tiene influencia directa sobre la salud del paciente que lo utiliza. Sin embargo, el impacto sanitario podría también medirse en términos diferentes y/o adicionales a la detección de PRM y RNM, como podría ser sobre el cumplimiento terapéutico, mejora de la técnica de administración, etc lo que implicaría que posiblemente el impacto sanitario medido fuera inferior al real.

La naturaleza preventiva de algunas CFTIM.

Muchas CFTIM se plantean de forma previa a la utilización del medicamento/s, por lo que una vez resueltas se desconoce realmente lo que hubiera pasado de no haber sido resueltas. En el caso de las CFTIM preventivas en las que se detectaron PRM y RNM de forma probable no se sabe realmente lo que podría haber ocurrido realmente, por lo que no se puede asegurar a ciencia cierta que los RNM probables identificados fueran realmente los que podrían haber sido.

La relación no directa de causalidad entre PRM y RNM.

Los PRM son “situaciones que causan o pueden causar la aparición” de RNM, por lo que no todos los PRM identificados en las consultas tienen porqué causar repercusiones clínicas sobre la salud del paciente, si bien, su identificación no cabe duda de que es un factor de riesgo de aparición de RNM. En consecuencia los resultados deberían valorarse teniendo en cuenta esta circunstancia.

La probabilidad de la manifestación clínica de PRM y RNM.

Tanto PRM como RNM podrán o no manifestarse clínicamente en función de variables temporales e individuales del paciente, razón por la que su número pueda estar infravalorado. Este hecho ha influido sin duda en la dificultad para diferenciar en algunas consultas entre RNM y sospechas de RNM. Además esta limitación se ve incrementada por la dificultad ya no sólo de detectar la manifestación de cambios en variables clínicas, sino de poder medirlas en la farmacia comunitaria. En determinados casos, la manifestación clínica es difícilmente medible por la inexistencia de indicadores validados o su medición es inviable en la farmacia por el instrumental, aparataje o cualificación que se requieren para ello. En este sentido, este trabajo aporta datos para su estudio.

La influencia de las respuestas a las CFTIM sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes.

No todas las CFTIM realizadas por un solicitante lo son sobre medicamentos utilizados en el tratamiento farmacológico de un paciente concreto, si no que pueden ser también sobre otros medicamentos que no formen parte de éste y su realización sirva para satisfacer dudas, interés, o curiosidad de terceras personas. Este hecho también condiciona el impacto sanitario medido, y lo supravalora, puesto que los medicamentos sobre los que se consultó podrían no formar parte de su tratamiento farmacológico.

Limitaciones y sesgos relacionados con el estudio de opinión (fase I)

Validez interna

Número de farmacias comunitarias

El número real de farmacias de la provincia de Valencia no coincidió exactamente con el número de farmacias comunitarias a las que se envió el cuestionario. La diferencia entre ambos fueron tres farmacias. Este hecho se debió a que para dicho envío se utilizó el listado de farmacias que figuraba en ese momento en la página web de la CSCV. Si tenemos en cuenta que durante el año 2011 hubo 50

traspasos de farmacias (16 en valencia capital y 34 en el resto de la provincia), este listado no estaba actualizado a la fecha en que se consultó.

Selección de la muestra

La muestra utilizada coincidió con la población de estudio, si bien, en la práctica, al ser voluntaria la participación de los farmacéuticos en el estudio, pudo haber un sesgo por efecto de autoselección, ya que posiblemente sólo participaron en éste contestando el cuestionario, aquellos farmacéuticos interesados, tanto a nivel de las diferentes farmacias como dentro de una misma farmacia, y si la voluntad de participar en el estudio estuvo relacionada con las respuestas al cuestionario, este efecto podría conducir a una estimación de resultados sesgada, por lo que los resultados obtenidos expresarían sólo la opinión de aquellos farmacéuticos voluntarios interesados que contestaron y no de aquellos farmacéuticos a los que no les interesó participar en el estudio y por tanto no lo contestaron, o que sencillamente no pudieron contestarlo por haber sido contestado ya en representación de su farmacia por otro farmacéutico.

Forma de envío

La utilización del envío postal para el envío y recepción de los cuestionarios cumplimentados por los participantes, pudo provocar tanto la pérdidas de estos últimos, y el uso de la carta como soporte del cuestionario pudo disminuir el deseo a participar. Ambas razones son ya conocidas y limitan en la práctica el número de respuestas.

Errores ligados a la cumplimentación del cuestionario.

Pudo existir un sesgo de información debido a que, -si bien la medición de las variables se realizó por igual en todos los participantes del estudio-, al tratarse de un cuestionario autocumplimentado, éstos pudieron haber introducido errores al cumplimentarlo, o no haberlo contestado correctamente al no entender alguna de las preguntas, etc.

También algunos factores personales del farmacéutico participante como el estado emocional, el cansancio, el estado de salud o las condiciones del entorno pudieron influir en el modo de contestar a las preguntas y alterar la fiabilidad de las respuestas. A este respecto hay que mencionar el posible efecto Hawthorne entre los participantes en el estudio, ocasionando que la información aportada por éstos estuviera sesgada al sentirse estar siendo estudiados, si bien el hecho de que el estudio fuese voluntario y el cuestionario anónimo podría minimizar dicho efecto.

Otra fuente de error que pudo existir fue el sesgo de memoria debido a que algunas preguntas del cuestionario estaban condicionadas por la memoria de los participantes ya que requerían contestar un/os valor/es cuantitativo/s, estimar un porcentaje, una media, u ordenar distintas respuestas por orden de frecuencia. Por último, hay que tener en cuenta la posibilidad que las opiniones expresadas en el cuestionario fueran falsas.

Validez externa

La generalización de los resultados al resto de farmacéuticos comunitarios de la provincia de Valencia, depende fundamentalmente de las diferencias entre éstos y los 1.207 farmacéuticos a los que se les envió el cuestionario, y de los que contestaron el 18,4%. Aunque puedan existir variaciones en el número de farmacéuticos comunitarios de la provincia, al haber utilizado como variable de muestreo las farmacias comunitarias de la provincia, los resultados son más representativos. En este sentido las 1.207 farmacias a las que se envió el cuestionario representaron el 99,8% de las farmacias comunitarias de la provincia de Valencia. Las farmacias de Valencia capital que representaban prácticamente el 40% del total de farmacias de la provincia de Valencia, participaron proporcionalmente más que el resto (44%).

Este estudio de opinión se ha realizado únicamente sobre los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Valencia y dado que las farmacias de la provincia de Valencia representaron alrededor del 5,7% de las farmacias españolas, no se

pueden generalizar sus resultados al resto de farmacéuticos comunitarios españoles –teniendo en cuenta los sesgos indicados-, sobre todo teniendo en cuenta que no se dispone de estudios similares en ningún otro ámbito territorial con los que poder comparar variables y contrastar resultados.

Limitaciones y sesgos relativos al estudio de práctica farmacéutica (fase II)

Validez interna

La ausencia de un grupo control.

El mayor inconveniente de no disponer del grupo control es que no se puede asegurar que la respuesta observada (cambio en relación con la situación clínica basal) se deba exclusivamente a la intervención (respuesta de la CFTIM), ya que pueden haber influido otras intervenciones que se hayan producido y otros factores no controlados, como los efectos placebo, Hawthorne o la propia evolución natural de la enfermedad o problema de salud. No obstante, la incorporación al estudio de cuatro farmacias más como un control externo, ha permitido aumentar el número de datos y confirmar la relación entre las variables. En este sentido el estudio pormenorizado de las consultas que se ha realizado podría aportar elementos de juicio adicionales para limitar la influencia de los factores no controlados indicados anteriormente. Así pues, y asumiendo las limitaciones derivadas de un estudio no controlado, la hipótesis sólo se ha podido demostrar en aquellas consultas en las que se ha podido atribuir únicamente a la intervención (intervenciones e información proporcionada al paciente sobre el medicamento/s), la diferencia de salud observada, o que se podría observar en el paciente relacionada con la utilización de dicho/s medicamento/s, medida a través de la identificación, prevención y resolución de PRM y RNM.

La pérdida de datos.

La práctica farmacéutica habitual conlleva a menudo la dificultad de registrar cuando la carga asistencial es elevada, por lo que es muy probable que el personal de la farmacia en momentos puntuales no hayan registrado las CFTIM.

Esta pérdida de información también puede extenderse a la información del resultado de las intervenciones indicadas en la resolución de las CFTIM, debido a errores de transcripción, de la hoja de registro de datos y la pérdida de contacto con el solicitante de la consulta, bien sea sencillamente porque no vuelve a acudir a la farmacia, porque acudió de forma ocasional a ésta, porque acude transcurriendo varios meses desde que realizó la consulta, porque no es atendido por el mismo profesional que le resolvió la consulta o sencillamente porque el propio paciente no le interesa o le concede la suficiente importancia para hacerlo. Estas situaciones tienen como consecuencia la imposibilidad de conocer si realmente el paciente siguió las intervenciones que se le efectuaron, y por tanto si los PRM y RNM fueron evitados o resueltos, lo que puede influir en el resultado final de esta actividad y en la medición de su impacto sanitario.

El juicio clínico del profesional.

La forma de actuación del farmacéutico en cada CFTIM podría ser diferente a la de otro farmacéutico en otra farmacia, al igual que la evaluación y clasificación de las CFTIM, de su motivo de consulta, de los PRM y RNM, por lo que cabe plantearse la duda de si se podría haber intervenido o clasificado de otra forma diferente a la que se hizo. En este sentido, y de cara a realizar una futura evaluación de la calidad de la respuesta proporcionada en cada CFTIM, hubiera sido necesaria la realización de una evaluación ciega de la resolución de cada consulta por varios farmacéuticos comunitarios.

Validez externa

La generalización de los resultados obtenidos en este estudio sobre las CFTIM que se atienden y resuelven en el resto de farmacias comunitarias de la provincia de Valencia depende fundamentalmente de las diferencias entre las cuatro farmacias de la provincia de Valencia y una de Alicante participantes en el estudio y las 1.210 farmacias de la provincia de Valencia.

En este sentido, la participación como control externo de las cuatro farmacias comunitarias junto a la farmacia principal, (dos de ellas en la misma ciudad, y las

otras dos en poblaciones menores de 100.000 habitantes), han permitido ampliar la muestra y su representatividad, aumentando el número de registros obtenidos. No obstante dicho número ha sido insuficiente en varias ocasiones para poder determinar la significación estadística de algunas variables.

Al igual que se ha comentado anteriormente sobre los farmacéuticos comunitarios en el estudio de opinión, este estudio se ha realizado estudiando las CFTIM de cinco farmacias de la provincia de Valencia, si bien sólo en una de ellas se ha hecho por un período de tiempo amplio, por lo que no pueden generalizarse sus resultados –teniendo en cuenta los sesgos indicados- al resto de CFTIM atendidas y resueltas en el resto de farmacias comunitarias.

7 CONCLUSIONES

1. La mayoría de los farmacéuticos de la provincia de Valencia reciben diariamente, sin horario fijo, entre 4-9 CFTIM sobre medicamentos que no se están dispensando en ese momento. Estas consultas se atienden y resuelven en el mostrador, positivamente según percepción de la mayoría de los farmacéuticos, requiriendo entre 3 y 10 minutos, utilizando sus conocimientos profesionales sobre la farmacoterapia, proporcionando en ocasiones información por escrito, y sin cobrar ningún honorario, ya que según refieren los farmacéuticos no se lo han planteado y lo consideran una actividad habitual con sus clientes.
2. El perfil del solicitante de las CFTIM es un paciente femenino de mediana edad que consulta de forma presencial en el mostrador de la farmacia sobre la acción, indicación y propiedades de los medicamentos. Las CFTIM son atendidas y resueltas por el farmacéutico con éxito, tardando una media de cinco minutos, siendo lo más habitual consultar sobre un único medicamento siendo el grupo terapéutico más frecuente el de antibacterianos para uso sistémico.
3. La atención y resolución de CFTIM es una actividad clínica que proporciona un impacto positivo sobre la salud de los pacientes a los que se dirige, tanto por su carácter informativo como por su capacidad para prevenir, identificar y resolver PRM y RNM que suceden durante el proceso de uso de los medicamentos. En el 67% de las CFTIM se identifican RNM y/o PRM que pueden resolverse y evitarse respectivamente con tasas de éxito del 64% y 94% estando la mayoría de los RNM relacionados con la seguridad y siendo los PRM más frecuentes los relacionados con la administración errónea del medicamento.

CONCLUSIONES

4. Las CFTIM pueden clasificarse en preventivas y verificativas, suponiendo las primeras alrededor del 55% y diferenciándose en función de si el objetivo de la consulta sobre la farmacoterapia es prevenir una posible situación de riesgo en el proceso de uso del medicamento, confirmar una determinada información sobre la farmacoterapia o solicitar el refrendo de decisiones en el proceso de uso de los medicamentos.
5. El conocimiento tanto de los motivos de consulta, como de los grupos terapéuticos de los medicamentos que generan más CFTIM permite reorientar la información sobre medicamentos transmitida en los SPF farmacéuticos prestados, en la farmacia y planificar la formación de los farmacéuticos y del personal de la farmacia que las atiende y resuelve. Por otro lado, también permite su inclusión como un indicador del proceso asistencial relacionado con los medicamentos.
6. La repercusión sobre la salud de los pacientes o usuarios que demandan esta actividad sanitaria asistencial justifica su promoción profesional y social a través de los medios de comunicación, e induce a considerar su prestación como un servicio profesional farmacéutico diferenciado de valor añadido a la población. Esta opinión es compartida por los propios farmacéuticos comunitarios.
7. Para que esta actividad alcance en la farmacia comunitaria la suficiente entidad e importancia sanitaria como para constituir un SPFA diferenciado y sostenible, es necesario protocolizarla, estandarizar las clasificaciones utilizadas, registrarla, así como retribuirla.
8. Las CFTIM presentan una elevada casuística debido al elevado número de variables que condicionan su atención y resolución, por lo que son necesarios un mayor número de estudios que proporcionen los datos necesarios para alcanzar la significación estadística que permita conocer la influencia de las dichas variables.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Abaurre R, Arrebola C, Romero JM. Pilotaje de un protocolo normalizado de trabajo de dispensación para farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2009; 1(1):13-20.
2. Abellán-García Sánchez F (coord.), Baixauli Fernández VJ, Celada Carrizo A, Gastelurrutia Garralda MÁ, Gutiérrez Ríos P, Abellán-García Sánchez, F. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid: ABCD group: 2011;16-23. ISBN: 978-84-615-4349-6
3. Abellán-García Sánchez F (coord.), Baixauli Fernández VJ, Celada Carrizo A, Gastelurrutia Garralda MÁ, Gutiérrez Ríos P, López Guzman, J. y cols. Código Ético de la Farmacia Comunitaria. Madrid: Sociedad Española de Farmacia familiar y comunitaria; 2015. ISBN: 978-84-943274-2-1.
4. AEMPS. Circular nº01/2002 de la Agencia Española del Medicamento, sobre Modificación de la Circular 2/2000 por la que se establece la Directriz de legibilidad de material de acondicionamiento y prospecto. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/circulares/medicamentosUsoHumano/2002/docs/circular_01-2002_directrices-legibilidad.zip
5. Agirre Lekue MC, del Arco Ortiz de Zarate J, García de Vicuña Landa B, Gorostiza Hormaetxe I, Ruiz Golvano J. An evaluation of the information for the patient in pharmacies. *Aten Primaria*. 1993; 11(1):21-5.
6. Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea. Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea. 2012. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.pgeu.eu/en/policy/19-the-european-community-pharmacy-blueprint.html>

7. Agudo Pascual, C, Aizpurua Imaz Í, Alcaraz Borrajo M, Alerany Pardo C, Almonacid Rodríguez j, Álvarez Duque J. y cols. Manual de farmacia de atención primaria. SEFAP; 2006. [Ultimo acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf
8. Aguiló MC. Estructura física de la farmacia. En: Faus MJ, Martínez F, editores. Diploma de Atención Farmacéutica. Valencia: General Asde; 1999:71-85.
9. Aguiló MC. Interacciones medicamentosas: fuentes de información. E-farmacéutico Comunitario. 2007; 2 (1):22-4.
10. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. Ann Pharmacother. 2007; 41(6):1023-30.
11. Álvarez de Toledo, F. La Evolución a los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales. Pharma Care Esp. 2015; 17(6):723-4).
12. Amariles P, Faus MJ, Martinez F. Atención farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ed. Ergon; 2007. ISBN: 9788484736097
13. Anexo al convenio de colaboración entre el gobierno vasco, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las asociaciones de empresarios farmacéuticos de la C.A.P.V. para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. 18-2-2009. [Ultimo acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?IdMenu=96
14. Armesto J, Bárcena A, Colorado M^aF, García A, Iglesias A, Loizaga E y cols. Información y Educación sanitaria. Manual de Procedimientos. Argibideak. 2005; 15 (4):15-8.

15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki 2013. [Ultimo acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/10home/index.html>
16. Babylon F. La farmacia en Europa. 2010. XVII National Pharmaceutical Congress Bilbao 20th October 2010. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/jornadasycongresos/informacion/Documents/PON_MIERCOLES_20_FILIP%20BABYLON.ppt.
17. Badía X, Bigorra J. La Investigación de Resultados en Salud: de la evidencia a la práctica clínica. Xavier Badía Llach (Ed.). Barcelona: Edimac, 2000.
18. Baena MI, Marín R, Martínez-Olmos, Fajardo P, Vargas J, Faus MJ. Nuevos criterios para determinar la evitabilidad de los problemas relacionados con los medicamentos. Una revisión actualizada a partir de la experiencia con 2.558 personas. Pharm Care Esp 2002; 4:393-6.
19. 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. ISBN: 84-8473-262-2.
20. Baixauli Fernández VJ, Brizuela Rodicio LA; Murillo Fernández MD. Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora. Madrid: Sociedad Española de Farmacia familiar y comunitaria; 2015. ISBN 978-84-7867-301-8.
21. Baixauli Fernández VJ, Salar Ibáñez L, Barbero González A, Medina Almerich R, Climent catalá M, Aznar Montalt S. Repercusión de la demanda de información referente a la farmacoterapia sobre la detección de problemas relacionados con los medicamentos en la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2003; 5:150-3.

22. Baixauli Fernández VJ, Salar Ibáñez L, Barbero González A. Demanda de Información en la Farmacia Comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2004; 6(3):136-144.
23. Baixauli Fernández VJ, Veler Vila M, Salar Ibáñez L, Cubells Navarro R, Climent Catalá MT, Aparicio Cercos M. Registro de las consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos en siete farmacias comunitarias. *Pharm Care Esp.* 2005; 7:1-192.
24. Baixauli Fernández VJ., Moreno Royo L, Salar Ibáñez L. Opinión de los farmacéuticos comunitarios de la provincia de Valencia sobre la atención y resolución de consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos. *Pharm Care Esp.* 2014; 16(1):2-10.
25. Baixauli Fernández, VJ. La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica. *Pharm Care Esp.* 2008; 10(1):148-53.
26. Baixauli VJ, Barbero A, Salar L. Las consultas de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2005; 7(2):54-61.
27. Baixauli VJ, Satué-de-Velasco E, Gil MI, Roig JC, Villasuso B, Sáenz-de-Buruaga S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2013; 5(3):119-126.
28. Barbero A, Gervás J. Más allá del Consenso de Atención Farmacéutica. *Pharm Care Esp.* 2002; 4:387-392.
29. Bartlett D, Pang N, Massey C, Evans P. Pharmacist consultations: simplifying daily drug regimens and providing education on fall risk for older adults. *Consult Pharm.* 2015; 30(3):141-52.

30. Bengoa R, Nuño R. Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Ed. Elsevier España SL; 2008. ISBN: 978-84-458-1949-4.
31. Benrimoj SI, Gastelurrutia MA, Farragher T, Feletto E, García Delgado P, Sáez-Benito L, et al. Resultados de la primera fase del programa conSIGUE. Estudio piloto: medida del impacto clínico, económico y humanístico del seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedicados. Madrid: Ed. Ergon; 2012. ISBN: 978-84-8473-931-9.
32. Benrimoj SI, Langford JH, Berry G, Collins D, Lauchlan R, Stewart K, Aristides M, Dobson M. Economic impact of increased clinical intervention rates in community pharmacy. A randomised trial of the effect of education and a professional allowance. *Pharmacoeconomics* 2000; 18(5):459–68.
33. Berger K, Eickhoff C, Schulz M. Counselling quality in community pharmacies: implementation of the pseudo customer methodology in Germany. *J Clin Pharm Ther.* 2005; 30(1):45-57.
34. Bertran R, Castells M, Colell L, García I, Sánchez M. Actuación del farmacéutico comunitario ante una consulta. *Seguim Farmacoter.* 2004; 2 Supl1:1-50.
35. Boletín Oficial de Aragón, 2015. Decreto 93/2015, de 5 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento para la dispensación de los Sistemas Personalizados de Dosificación en las oficinas de farmacia en Aragón. Boletín Oficial de Aragón nº90, (14-5-2015).
36. Boletín Oficial del Estado 2007. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Boletín Oficial del Estado, nº267, (7-11-2007).

BIBLIOGRAFÍA

37. Boletín Oficial del Estado, 1978. Constitución Española, 1978. Boletín Oficial del Estado, nº311, (29-12-1978).
38. Boletín Oficial del Estado, 1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín oficial del estado nº 102, (29/04/1986).
39. Boletín Oficial del Estado, 1994. Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. Boletín Oficial del Estado, nº 180, (29-7-1994).
40. Boletín Oficial del Estado, 1995. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº35, (10-2-1995).
41. Boletín Oficial del Estado, 1997. Ley 16/1997 de 25 de abril, de regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Boletín Oficial del Estado, nº100, (26-4-97).
42. Boletín Oficial del Estado, 2002. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº274, (15-11-2002).
43. Boletín Oficial del Estado, 2003_a. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº254, (23-10-2003).
44. Boletín Oficial del Estado, 2003_b. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº280, (22-11-2003).
45. Boletín Oficial del Estado, 2003_c. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº128, (29-05-2003).

46. Boletín Oficial del Estado, 2003_d. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, que adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. Boletín Oficial del Estado, nº264, (4-11-2003) rect. Boletín Oficial del Estado, nº21, (24-1-2004).
47. Boletín Oficial del Estado, 2006_a. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº178, (27-7-2006).
48. Boletín Oficial del Estado, 2006_b. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº222, (16-09-2006).
49. Boletín Oficial del Estado, 2011. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín oficial del estado nº240, (5-10-2011).
50. Boletín Oficial del Estado, 2012. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, nº98, (24-4-2012).
51. Boletín Oficial del Estado, 2013. Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. Boletín Oficial del Estado, nº179, (27-7-2013).
52. Boletín Oficial del Estado, 2015. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, nº177, (25/07/2015).

53. Boletín Oficial del Estado, 2013. Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica. Boletín Oficial del Estado, nº269, (8/11/2013).
54. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug related services. Am J Pharm Educ.1980; 44: 276-8.
55. Caamaño F, Tomé-Otero M, Takkouche B. Factors associated with the pharmacist counselling without dispensing. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2006; 15(6):428-31.
56. Cabezas López M D, Piqueras García A, Gómez Beteta JE. El modelo Mediterráneo de Farmacia y la libertad de establecimiento en la Unión Europea. Ars Pharm 2010; 51.Suplemento 3: 1-13. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://farmacia.ugr.es/ars/ars_web/ProjectARS/pdf/628.pdf.
57. Callejón Callejón G. Resultados negativos asociados a la medicación (RNM) que causan consultas en el Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel. Soportes audiovisuales e informáticos Serie Tesis Doctorales. Tenerife; Universidad de La laguna; 2010.
58. Campos Pérez M^aA. Problemas relacionados con los medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del hospital universitario reina Sofía de Córdoba. [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2007.
59. Cavaco A, Roter D. Pharmaceutical consultations in community pharmacies: utility of the Roter Interaction Analysis System to study pharmacist-patient communication. Int J Pharm Pract. 2010; 18(3):141-8.
60. Chandra A, Malcolm N 2nd, Feters M. Practicing health promotion through pharmacy counseling activities. Health Promot Pract. 2003; 4(1):64-71.

61. Chewning B, Schommer JC. Increasing clients' knowledge of community pharmacists' roles. *Pharm Res.* 1996 Sep; 13(9):1299-304.
62. Climente Martí M, Quintana Vargas I, Martínez Romero G, Atienza García A, Jiménez Torres NV. Prevalencia y características de la morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario. *Aten Farm.* 2001; 3: 9-22.
63. Cocohoba JM, Althoff KN, Cohen M, Hu H, Cunningham CO, Sharma A, Greenblatt RM. Pharmacist counseling in a cohort of women with HIV and women at risk for HIV. *Patient Prefer Adherence.* 2012; 6:457-63.
64. Colegio oficial de farmacéuticos de Ciudad Real. ¿Tienes dudas sobre medicamentos? Tú farmacéutico te informa”, Nueva campaña del colegio. *Farmacéuticos* 2010; 354:34.
65. Comas F, Puigventos F. Información pasiva, elaboración de una respuesta. Información de Medicamentos. En: Bermejo T. *Manual del Residente de Farmacia Hospitalaria.* Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), 1999;146-50.
66. Comité de consenso: Grupo de investigación en atención farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada (España) Grupo de investigación en farmacología (CTS-164). Universidad de Granada (España), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007; 48 (1):5-17.
67. Concierto entre la Conselleria de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. Valencia: Generalidad Valenciana. Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana; 2004. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/152919/183036/22_web_concierto.pdf

68. CONCYL. Los farmacéuticos informan sobre la importancia del uso correcto de las formas farmacéuticas. *Farmacéuticos* 2010; 358:32.
69. Consejo de Europa. Comité de ministros. Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp* 2001; 3:216-22
70. Consejo General de Colegios de farmacéuticos. Servicios farmacéuticos: Definición y remuneración. Consejo General de Colegios de farmacéuticos; 2013. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Documents/Servicios%20Farmaceuticos mayo%202013.pdf>
71. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Declaración de Córdoba. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmaceutico/Documents/XIX-CNF-Declaracion-de-Cordoba.pdf>
72. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2014. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Medicamento-Farmacia-Cifras-2014.pdf>
73. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/Buenas-Practicas-Profesionales.pdf>

74. Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Horarios y Guardias de las oficinas de farmacia en España. Madrid: Consejo general de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2009. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Carga/INF.%20ESTADÍSTICA/INFORMACIÓN%20ESTADÍSTICA/HORARIOS%20Y%20GUARDIAS%20DE%20LAS%20OFICINAS%20DE%20FARMACIA%20EN%20ESPAÑA%202009/Horarios%20y%20guardias_espanol%2013-02-09.pdf
75. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe campañas sanitarias 2002-2007. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2007.
76. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Informe libro blanco. La aportación de los farmacéuticos a la calidad de la asistencia sanitaria en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 1997. ISBN 84-89731-13-6.
77. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La distribución de la Farmacia en el medio rural. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Junio de 2014. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Farmacia_medio_rural_27062014.pdf
78. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La distribución de la Farmacia en España 2013 marzo. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Distribucion-Farmacias-2013-14032014-sinbotiquines.pdf>
79. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La farmacia en España 2006. Farmacéuticos. 2006; monográfico (314): 38.

80. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Salud pública. Campañas de Medicamentos; 2016. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/medicamentos.aspx>
81. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia. Madrid: Acción médica; 2002.
82. Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Autónoma del País Vasco para el tratamiento supervisado de la tuberculosis a usuarios de drogas incluidos en el programa de mantenimiento con metadona en oficinas de farmacia (PMMF). 3 de marzo de 1999. [Ultimo acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?IdMenu=97
83. Convenio de colaboración entre la Administración General de la Comunidad Autónoma del País Vasco y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa para el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos a través de las oficinas de farmacia. 22-12-1995. [Ultimo acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?IdMenu=101
84. Convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria. 25-2-2009. [Ultimo acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.cofbizkaia.net/Sec_CN/wf_contenido.aspx?IdMenu=97
85. Courtman BJ, Stallings SB. Characterization of Drug-Related Problems in Elderly Patients on Admission to a Medical Ward. Can J Hosp Pharm. 1995; 48:161-6.

86. Cubero-Caballero S, Torres-Murillo JM, Campos-Pérez MA, Gómez del Río S, Calleja-Hernández MA. Problemas relacionados con los medicamentos en el área de observación de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Farm Hosp.* 2006; 30:187-92.
87. Dago Martínez AM. Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2009. ISBN 978-84-692-5863-7
88. De Juan García MJ, Galán Ramos N, Pastor Palenzuela MJ, Pagán Pomar C, De Antonio Veira JA. [Detection of therapeutic non-compliance and pharmaceutical intervention in institutionalised geriatric patients]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011 Nov-Dec; 46(6):307-10.
89. Delgado E, Hidalgo FJ, García Marco D, De Juana P, Bermejo T. Desarrollo de un programa de garantía de calidad de la información pasiva en un centro de información de medicamentos de ámbito hospitalario. *Farm Hosp.* 1995; 19(5):283-8.
90. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Circular 7/99, de 27 de mayo, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, de modificación del apartado II punto 7 de la Circular nº 6/95 sobre aclaraciones al Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano. [Último acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/document.jsp%3Fdoc=710404.pdf>
91. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. *Ars Pharm* 2001; 42:221-41.
92. Duran I, Martínez F, Faus MJ. Problemas relacionados con medicamentos resueltos en una farmacia comunitaria *Pharm Care Esp* 1999;1:11-9.

93. Ernst FR, Grizzle AJ .Drug-related morbidity and mortality: Updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc 2001; 41(2):192–9.
94. Escribá P, D'ocón P, Moreno L, Salar L. ¿Qué nos consultan los pacientes? relación de la consulta del paciente con la presencia del médico. Pharm Care Esp. 2009; 11 (suplemento congreso): cd-rom. Octubre.
95. Escribá P. Análisis de las consultas realizadas en una farmacia comunitaria ubicada en un municipio rural. Capacidad de la oficina de farmacia para la resolución de las mismas. [Diploma estudios avanzados]. Valencia: Universidad de Valencia; 2008.
96. Esteva de Sagrera J. Historia de la Farmacia; los medicamentos, la riqueza y el bienestar. Barcelona: Masson; 2005.
97. Esteva J, Espinosa E. Remedios secretos, específicos y especialidades farmacéuticas. En: Folch G, Suñé JM, Valverde JL, Puerto FJ, coordinadores. Historia General de la Farmacia. El medicamento a través del tiempo. Tomo 2. Madrid: Sol; 1986. p. 698-706.
98. Fajardo P. Resultados negativos asociados a la medicación causa de consulta a servicios de urgencia hospitalarias. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2011.
99. Faus MJ, Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada; 2007.
100. Faus MJ. Grupo de investigación en atención farmacéutica de la Universidad de Granada. El Farmacéutico 2003; 292:59-66.

101. Federación Internacional Farmacéutica. Declaración de política de FIP. Información sobre medicamentos para los pacientes. Basilea: FIP; 2008. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Profesionales/farmacaiinternacional/fip/Documents/FIP_Statement_of_Policy_on_Medicines_Information_for_Patients-esp.pdf
102. Federación Internacional Farmacéutica /Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de la práctica de la Farmacia centrada en la atención del paciente. Ginebra: FIP/OMS; 2006. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeES.pdf>
103. Federación Internacional Farmacéutica/Organización Mundial de la Salud. Directrices Conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS; 2011. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/farmacaiinternacional/fip/declaraciones>
104. Fedifar. Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en España. Madrid: Fedifar; 2013. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/10/04/informe_fedifar.pdf
105. Fernández Llimós, F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp 1999; 1:90-6.
106. Fernández-Llimós, Faus MJ, Gastelurrutia MA, Baena MI, Martínez Martínez F. Evolución del concepto de problemas relacionados con los medicamentos: resultados como el centro de un nuevo paradigma. Seguir Farmacoter 2005; 3(4):167-88.

107. Farmaindustria. Memoria anual 2014. [Último acceso 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2015/06/FARMAINDUSTIA-MEMORIA-2014_WEB.pdf
108. Flodgren G, Eccles M, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer F. Resumen de las revisiones que evalúan la efectividad de los incentivos económicos en el cambio de la conducta de los profesionales sanitarios y los resultados de los pacientes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD009255.
109. Folch G. Historia de la farmacia. Madrid 3ª ed.1972.
110. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de Expertos. Guía Práctica para los servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010. ISBN 978-84-693-1717-4. Acceso el 24 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Inicio/atencionfarmaceutica/forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia%20FORO.pdf
111. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Memoria Foro AF-FC. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2014. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Inicio/serviciosprofesionales/forofarmaciacomunitaria/Paginas/default.aspx>
112. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso, Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-691-1243-4. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales/forodeattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf

113. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento sobre PRM y RNM.: Conceptos y definiciones. *Farmacéuticos* 2006; 315:28-29.
114. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Quinto Comunicado del Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Cartera de servicios farmacéuticos en farmacia comunitaria. *Pharm Care Esp.* 2012; 14(1):31-2.
115. Fundación Pharmaceutical Care. ¿Qué es la Fundación Pharmaceutical Care España?. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.pharmaceutical-care.org/controler.php?secc=ficha_detail&cat=15&id=53
116. Fundación Pharmaceutical Care. Manual de Procedimientos en Atención Farmacéutica. 1ª Ed Barcelona: Fundación Pharmaceutical Care España; 1999.
117. García Delgado P, Gastelurrutia MA, Baena MI, Fisac F, Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria* 2009; 41(12):661-9.
118. García Delgado, P. Conocimiento del paciente sobre el uso de su medicamento. *Aula de la farmacia.* 2014; 102(10):19-24.
119. García Sevillano, L. Dispensación nocturna de medicamentos “con carácter de urgencia” en una farmacia comunitaria de Valladolid. *Farmacéuticos Comunitarios.* 2013; 5(3):90-5.
120. García V, I Marquina, A Olabarri, G Miranda, G Rubiera, MI Baena. Resultados negativos asociados con la medicación en un servicio de urgencias hospitalario. *Farm Hosp.* 2008; 32:57-62.
121. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj S, Castrillonc C, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Atención Primaria* 2007; 39(9):465-72.

BIBLIOGRAFÍA

122. Gastelurrutia MA, Soto E. ¿atención farmacéutica o seguimiento de los tratamientos farmacológicos? Pharm Care Esp 1999; 1:323-8.
123. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Relación de Oficinas de Farmacia abiertas al público e inscritas en el Registro de Establecimientos y Servicios Sanitarios de Atención Farmacéuticas de la Comunidad Valenciana. [Ultimo acceso 25 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/val/prof/dgf/homedgf.html>
124. González Nuñez J. La farmacia en la historia. La historia de la farmacia. Barcelona: Ars galenica; 2006. ISBN: 84-9751-179-4
125. Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. Health Expect. 2007; 10(3):286-98.
126. Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2013. [Ultimo acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/Buenas-practicas-profesionales/Documents/Buenas-Practicas-Profesionales.pdf>
127. Grupo de Trabajo de Buenas Prácticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid: 2014.

128. Grupo Mensor Servicios de Salud. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/Carga%2FINF.%20ESTAD%C3%8DSTICA%2FINFORMACI%C3%93N%20ESTAD%C3%8DSTICA%2FLA%20REALIDAD%20ECON%C3%93MICA%20DE%20LA%20FARMACIA%20EN%20ESPA%C3%91A/MENSOR_Enero2011.pdf.
129. Gu NY, Gai YH, Hay JW. The effect of patient satisfaction with pharmacist consultation on medication adherence: an instrumental variable approach. *Pharm Pract (Granada)*. 2008; 6(4):201–10.
130. Hamrosi KK, Raynor DK, Aslani P. Pharmacist and general practitioner ambivalence about providing written medicine information to patients -a qualitative study. See comment in PubMed Commons below *Res Social Adm Pharm*. 2013; 9(5):517-30.
131. Hassell K, Noyce P, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. Advice provided in British community pharmacies: what people want and what they get. *J Health Serv Res Policy*. 1998; 3(4):219-25.
132. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47(3):533-43.
133. Hepler CD. Evolution des services pharmaceutiques, página 93. En: *Actas del Consejo de Europa: Le pharmacien face au défi des nouvelles orientations de la société*. Strasbourg, 18-20 Oct 1995.
134. Hind CA, Bond CM, Lee AJ, van Teijlingen ER. Needs assessment study for community pharmacy travel medicine services. *J Travel Med* 2008; 15(5):328-34.

BIBLIOGRAFÍA

135. Honrubia F, Cebrián C, Cuéllar B, Silvestre P, Carbajal JA, Merino P, et al. Grupo de Investigación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Albacete. Demanda del servicio de urgencia en oficinas de farmacia. Perfil de dispensación, estudio económico, valoración de consejo e indicación farmacéutica. *Offarm*. 2005; 24(5):94-104.
136. Horvat N, Kos M. Contribution of Slovenian community pharmacist counseling to patients' knowledge about their prescription medicines: a cross-sectional study. *Croat Med J*. 2015; 56(1):41-9.
137. Hudmon KS, Hemberger KK, Corelli RL, Kroon LA, Prokhorov AV. The pharmacist's role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy. *J Am Pharm Assoc* 2003; 43(5):573-82.
138. Huysmans K , De Wulf I , Foulon V , De Loof H , Steurbaut S , Boussey K , de Vriese C , Lacour V , Van Hees T , De Meyer GR [Drug related problems in Belgian community pharmacies. *J Pharm Belg* 2014; (1):4-15.
139. Interacciones de Medicamentos: Lo Que Usted Debe Saber. U.S. Food and Drug Administration. [Ultimo acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/ucm079505.htm>
140. Jimenez Villa J. El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. [Comentario editorial]. *Atención Primaria* 2009; 12 (41):668-9.
141. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155:1949–56.

142. Johnson KA, Nye M, Hill-Besinque K, Cody M. Measuring of impact of patient counseling in the outpatient pharmacy setting: development and implementation of the counseling models for the Kaiser Permanente/USC Patient Consultation Study. *Clin Ther.* 1995; 17(5):988-1002.
143. Kaae S, Traulsen JM, Norgaard LS. Customer interest in and experience with various types of pharmacy counselling - a qualitative study. *Health Expect.* 2012;1.
144. Koh Y, Fatimah BM, Li SC. Therapy related hospital admission in patients on polypharmacy in Singapore: a pilot study. *Pharm World Sci.* 2003; 25:135-7.
145. Kooy MJ, Dessing WS, Kroodsma EF, Smits SR, Fietje EH, Kruijtbosch M, et al. Frequency, nature and determinants of pharmaceutical consultations provided in private by Dutch community pharmacists. *Pharm World Sci.* 2007; 29(2): 81-9.
146. Kooy MJ, Van Geffen EC, Heerdink ER, Van Dijk L, Bouvy ML. Patients' general satisfaction with telephone counseling by pharmacists and effects on satisfaction with information and beliefs about medicines: Results from a cluster randomized trial. *Patient Educ Couns.* 2015; 98(6): 797-804.
147. Kraemer DF, Kradjan WA, Bianco TM, Low JA. A randomized study to assess the impact of pharmacist counseling of employer-based health plan beneficiaries with diabetes: the EMPOWER study. *J Pharm Pract.* 2012; 25(2):169-79.
148. Laplana Montserrat F, Dalet Escribá F. Gestión de la farmacia comunitaria. Protocolos de atención farmacéutica. Barcelona: Ed. Mayo S.A.; 1998.
149. Lewis RK, Lasack NL, Lambert BL, Connor SE. Patient counseling - a focus on maintenance therapy. *Am J Health Syst Pharm.* 1997; 54(18):2084-98.

BIBLIOGRAFÍA

150. Lillo Fernández de Cuevas JM^a, Rodríguez Blas M^aC. Estadística de Gasto Sanitario Público 2013: Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
151. Llanes de Torres R, Aragón Peña A, Sillero Quintana MI, Martín Ríos MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. Aten primaria 2000; 26 (1):11-5.
152. López Guzmán J, y cols. (Comisión bioética de SEFAC). Código Ético de la Farmacia Comunitaria. Madrid: SEFAC; 2015. ISBN: 978-84-943274-2-1
153. López Guzmán J. La Atención Farmacéutica desde la perspectiva ética. El Farmacéutico 1998; 214:56-61.
154. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. Medicine expenditures. In: The world medicines situation 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://dosei.who.int/>
155. Machuca M, Baena MI, Faus MJ. Guía de Indicación Farmacéutica IndDáder. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131) Universidad de Granada y Fundación Abbott: Dispublic, S.L.; 2005. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_remository&Itemid=62&func=fileinfo&id=62
156. Mariño EL, Lastra CF, Modamio, P. Innovación en la docencia de pre y postgrado de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Edusfarm. 2006; 0: 1-15. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.edu/revistes/edusfarm0/documentos/55.pdf>

157. Marsilla de Pascual EG, Torres Pérez M, Muñoz Muñoz E, Sánchez García MJ, Campillo García A, Amat Fernández MA Estudio de las consultas atendidas por el personal facultativo de la oficina de farmacia. *E-farmacéutico Comunitario*. Extra 2006:38.
158. Martín Herranz MI, Cuña Estévez B. Normas de procedimiento en información de medicamentos. *Farm Hosp* 1996; 20 (1): 23-28.
159. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118:205-10.
160. Martínez Jiménez MV, Flores Dorado M, Espejo Guerrero J, Jiménez Vicente P, Martínez Martínez F, Bernabé Muñoz E. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012; 44:128-35.
161. Martínez-Romero F, Lamora MJ, Saidi F, Álvarez R, Román R, Solá N. Registro de actuaciones profesionales en una Farmacia Comunitaria: Método «Ticket de caja». *Pharm Care Esp*. 2005; 7 nº especial: 85.
162. Martínez-Romero F. Solá N. Montilla JC. El punto de-partida y las revisiones. *El farmacéutico*. 2002; (288):62-66.
163. Milá S. Atención Farmacéutica (Programa Dader). *Farmacia práctica*. La farmacia en la red. *Offarm*. 2006; 25(6):100-1.
164. Mobach MP. The counter and consultation room work explored in the Netherlands. *Pharm World Sci*. 2008; 30(4):360–6.
165. Montgomery AT, Kettis Lindblad A, Eddby P, Söderlund E, Tully MP, Kälvemark Sporrang S. Counselling behaviour and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies. *Pharm World Sci*. 2010; 32(4):455-63.

166. Moranta F, Maroto A, Sitjar T, Sanz MA. Registro rápido de actuaciones farmacéuticas en farmacia comunitaria. *e-farmacéutico Comunitario* 2007; 2 (1):18-20.
167. Motio consultores y.Cámara Zaragoza. Estudio de satisfacción del usuario de la oficina de farmacia en Zaragoza. Zaragoza: cámara Zaragoza; 2008. [Ultimo acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/11_Consumo/07_Observatorio_Consumo/Estudios/SANIDAD/informe_camara_comercio_zaragoza_Farmacia_zaragoza.pdf.
168. Mott DA, Doucette WR, Gaither CA, Kreling DH, Pedersen CA, Schommer JC. Pharmacist Participation in the Workforce: 1990, 2000, and 2004. *J Am Pharm Assoc.* 2006; 46:322–55.
169. Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernández-Llimos F, Benrimoj S.I. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2013; 9(6):989–95.
170. Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia. Memoria de colegiados 2010. Valencia: Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia; 2010.
171. Nicolas A, Eickhoff C, Griese N, Schulz M. Drug-related problems inprescribed medicines in Germany at the time of dispensing. *Int J Clin Pharm.* 2013; 35:476-82.
172. Nicolson D, Knapp P, Raynor DK, Spoor P . Written information about individual medicines for consumers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15 (2):CD002104.

173. Ning Yan GU, Yunwei GAI, Joel W. HAY. The effect of patient satisfaction with pharmacist consultation on medication adherence: an instrumental variable approach. *Pharm Pract (Granada)*. 2008; 6(4): 201–10.
174. Oh Y, McCombs JS, Cheng RA, Johnson KA. Pharmacist time requirements for counseling in an outpatient pharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. 2002 1; 59(23):2346-55.
175. Okkes IM, Becker HW, Bernstein RM, Lamberts H. The march 2002 update of the electronic version of ICPC-2. A step forward to the use of ICD-10 as a nomenclature and a terminology for ICPC-2. *Family Practice*. 2002; 19(5):543-6.
176. Okuno J, Yanagi H, Tomura S. [Compliance and knowledge about prescribed medication among elderly home-care recipients by method of providing medications]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*. 2001; 38(5):644-50.
177. Organización Mundial de la Salud. Definición del uso racional de medicamentos. 1985. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/1.html>
178. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Reunión de Tokio (1993) sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(3): 207-11.
179. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf
180. Ostlund M1, Dahlbäck N, Petersson GI. 3D visualization as a communicative aid in pharmaceutical advice-giving over distance. *J Med Internet Res*. 2011 18; 13(3):e50.

BIBLIOGRAFÍA

181. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan ingreso hospitalario. *Farm Hosp.* 2006; 30:161-70.
182. Panel de consenso ad hoc. Consenso de Granada sobre Problemas relacionados con Medicamentos. *Pharmaceutical Care* 1999; 1:107-12.
183. Panel de Consenso. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm>
184. Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharm* 2002; 43: 175-84.
185. Pastor R, Alberola C, Álvarez de Toledo F, et al. Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas Medafar. Madrid: International Marketing & Communication. S.A., 2008.
186. Pharmaceutical Group of the European Union. Libro Blanco de la Farmacia Comunitaria Europea. [Último acceso 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.pgeu.eu/en/policy/19-the-european-community-pharmacy-blueprint.html>
187. Pla R, García D, Martín M.I, Porta Á. Información de medicamentos. En: Gamundi Planas MC. [coordinadora]. *Farmacia Hospitalaria* (2 vols.). 3ª ed. Barcelona. Doyma; 2003; 507-40.
188. Pohjanoksa-Mäntylä MK, Kulovaara H, Bell JS, Enäkoski M, Airaksinen MS. Email medication counseling services provided by Finnish community pharmacies. *Ann Pharmacother.* 2008; 42(12):1782-90.

189. Prats Más R. Registro y evaluación de todas las actuaciones profesionales demandadas en la farmacia comunitaria. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2010.
190. Prats Más R, Roig Sánchez I, Baena MI, García-Delgado P, Martínez-Martínez F. Sistema de registro de las actuaciones profesionales demandadas en la Farmacia comunitaria. *Ars Pharm*, 2010, 51-2;89-103.
191. Primo Peña E. Información y documentación bibliográfica en biomedicina. *Med Mil (esp)* 1996; 52:148-50.
192. Puspitasari HP, Aslani P, Krass I. Pharmacists' and consumers' viewpoints on counselling on prescription medicines in Australian community pharmacies. *Int J Pharm Pract*. 2010; 18(4):202-8.
193. Rantucci MJ. Guía de consejo del farmacéutico al paciente. Barcelona. Masson-Williams&Wilkins; 1998.
194. Raynor DK. Time to redefine "counselling"? *Int J Pharm Pract* 1996; 4:185-6.
195. Reader's Digest Trusted Brands 2015. Confianza de los consumidores en los profesionales. [Último acceso 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.rdtrustedbrands.com/tables/Trust%2520in%2520professions.categoroy.Pharmacists.shtml>
196. Red Española de Atención Primaria (REAP). Morbilidad atendida en las consultas de medicina general. 1990.
197. REFCOM. Baixauli Fernández VJ. (coord.), Rodríguez M, Calle J, Vaillo M, Barral P. Como debe ser la farmacia que necesita la sociedad. Conclusiones del proyecto REFCOM. La realidad de la farmacia comunitaria en España. Propuestas para la mejora de la relación farmacéutico-paciente. Madrid: Sociedad Española de Farmacia familiar y comunitaria; 2015. ISBN 978-84-7867-297-4.

BIBLIOGRAFÍA

198. Rodríguez FA. La Consulta de Indicación Farmacéutica: ¿Qué me da para...? En: Andrés NF (coordinador) Consulta de Indicación Farmacéutica. Actuación del farmacéutico en la resolución de los trastornos leves de salud. Vigo: Aula Cofano; 2006:30-37.
199. Rose JL. Improved and expanded pharmacy care in rural Alaska through telepharmacy and alternative methods demonstration project. *Int J Circumpolar Health*. 2007; 66 Suppl 1:14-22.
200. Rovers J, Hagel H. Self-assessment tool for screening patients at risk for drug therapy problems. *J Am Pharm Assoc*. 2012; 52(5):646-52.
201. Rubio JS, García-Delgado P, Iglésias-Ferreira P, Mateus-Santos H, Martínez-Martínez F. Measurement of patient's knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(1):219-28.
202. Ruiz de Adana Pérez, R. Resultados negativos asociados a la medicación. *Aten Primaria*. 2012; 44:135-7
203. Rutter PM, Warren S, Rutter J. Medicine-related questions handled by community pharmacists: an exploratory study. *Int J Pharm Pract*. 2009; 17(5): 313-5.
204. Salar L, Sola N, Cámara R, Cosín A, Dago A, Gutiérrez P. Conocimiento del paciente sobre su medicación: relación entre el conocimiento y la percepción de efectividad y seguridad del tratamiento. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016; 8(1):24-31.
205. Salar L, Solá N, Cámara R, Cosín A, Dago A, Gutiérrez P. Resumen de resultados del Programa D-VALOR. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2013; 4 (Suplemento 1).

206. Sánchez AM, Creis J, Arreaza M. Análisis de las consultas al farmacéutico de los usuarios de las farmacias de Ciudad Real. *Pharm Care Esp.* 2001; 3:106-21.
207. Sánchez-Caro J, Abellán F. *La relación clínica farmacéutico-paciente.* Granada: Comares; 2007:59.
208. Schnipper JL, Roumie CL, Cawthon C, Businger A, Dalal AK, Mugalla I y cols. (Pill-CVD Study Group). Rationale and design of the Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease (PILL-CVD) study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010; 3(2):212-9.
209. Schommer J.C. Patients' expectations and knowledge of patient counseling services that are available from pharmacies. *Am J Pharm Educ.* 1997; 61:402-6.
210. Schommer JC, Wiederholt JB. A field investigation of participant and environment effects on pharmacist-patient communication in community pharmacies. *Med Care.* 1995 Jun; 33(6):567-84.
211. Schuh MJ, Droege M. Cognitive services provided by pharmacists: is the public willing to pay for them? *Consult Pharm.* 2008; 23(3):223-30.
212. Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, Goeree R, Cosby R, Trim K, Sebaldt R, Howard M, Hardcastle L, Poston J. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ.* 2003; 169(1):17-22
213. Shah B, Chewning B. Conceptualizing and measuring pharmacist-patient communication: a review of published studies. *Res Social Adm Pharm.* 2006; 2(2):153-85.
214. Shumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC, Arondekar BV, Bauman JL. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy.* 2003; 23(1):113-32.

215. Smith J, Picton C, Dayan M. Now or Never. Shaping pharmacy for the future. London: Royal Pharmaceutical Society; 2013. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/moc-report-full.pdf>
216. Sociedad Española de Farmacia Familiar y comunitaria. Historia y Estatutos. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.sefac.org/>
217. Sociedad Española de Farmacia Familiar y comunitaria. Manifiesto Abarán: el farmacéutico comunitario en la atención domiciliaria y sociosanitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2015; 7(1):3-4.
218. Soto E. Denominación de Pharmaceutical Care. Pharm Care Esp 1999; 1:229-30.
219. Sotoca Momblona, J.M. Problemas relacionados con la medicación de los pacientes procedentes de un centro de salud que son causa de ingreso en su hospital de referencia. [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.
220. Sriram D, McManus A, Emmerton L, Jiwa M. Will Australians pay for health care advice from a community pharmacist? A video vignette study. Res Social Adm Pharm. 2014. pii: S1551-7411(14)00366-0.
221. Svarstad BL, Bultman DC, Mount JK. Patient counseling provided in community pharmacies: effects of state regulation, pharmacist age, and busyness. J Am Pharm Assoc. 2004; 44(1):22-9.
222. Taitel M, Jiang J, Rudkin K, Ewing S, Duncan I. The impact of pharmacist face-to-face counseling to improve medication adherence among patients initiating statin therapy. Patient Prefer Adherence. 2012; 6:323-9.

223. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. PRR Reports, April 18, 1979.
224. Torras V. Libro blanco de La Farmacia en internet. Barcelona: Promociones Farma.com; 2011.
225. Tully MP, Beckman-Gyllenstrand A, Bernsten CB. Factors predicting poor counselling about prescription medicines in Swedish community pharmacies. *Patient Educ Couns*. 2011; 83(1):3-6.
226. Tully MP¹, Hassell K, Noyce PR. Advice-giving in community pharmacies in the UK. *J Health Serv Res Policy*. 1997; 2(1):38-50.
227. Tuneu Valls L, García-Peláez M, López Sánchez S, Serra Soler G, Albana Aranda G, De Irala Indart C, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en pacientes que visitan un servicio de urgencias. *Pharm Care Esp* 2000; 2:177-192.
228. Un Hämmerlein, Griese N, Schulz M .Survey of drug-related problems identified by community pharmacies. *Ann Pharmacother*. 2007; 41(11): 1825-32.
229. Vacca C, López J, Cañas M, Vera Z, Arrais PS, Serrano V y cols. Guía para el Desarrollo y Funcionamiento de Centros de Información de Medicamentos. Red de Centros de Información de Medicamentos de Latinoamérica y el Caribe (RED CIMLAC): 2012. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8235&Itemid=39818&lang=es

230. Van Mil JW, Schulz M, Tromp TF. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci.* 2004; 26(6):303–11.
231. Varios autores. Documento de Orientaciones para la dispensación de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica a través de sitios web. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2013 [Internet – consultado el 24 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/profesionales/medicamentos/medicamentos-internet/Paginas/Medicamentos-Internet.aspx>
232. Vivian JC, Fink III JL. *Obra '90 at Sweet Sixteen: A Retrospective Review.* *US Pharm.* 2008; 33(3):59-65. [Último acceso 15 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uspharmacist.com/content/t/regulatory/c/10126/>
233. Ward MA, Xu Y. Pharmacist-provided telephonic medication therapy management in an MAPD plan. *Am J Manag Care.* 2011; 17(10):e399-409.
234. Wiedenmayer K, Summers R., Mackie C, Gous A, Everard M, Tromp D. Desarrollo de la práctica de farmacia Centrada en la atención del paciente. MANUAL - edición 2006. Organización Mundial de la Salud y Federación Internacional Farmacéutica, 2006. [Último acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.fip.org/statements>
235. Williams M, Peterson GM, Tenni PC, Bindoff IK. A clinical knowledge measurement tool to assess the ability of community pharmacists to detect drug-related problems. *Int J Pharm Pract.* 2012; 20(4): 238-48.
236. Yuan Y, Hay JW, McCombs JS. Effects of ambulatory-care pharmacist consultation on mortality and hospitalization. *Am J Manag Care.* 2003; 9(1):45-56.

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Coste del estudio de la fase I

El coste del estudio puede estimarse a partir de los importes incluidos en la siguiente tabla:

Concepto del gasto	Unidades	Coste por unidad (€)	Total (€)
Sellos (2 u./carta)	1.221x2=2.442	0,35	854,70
Sobres (2 u./carta)	1.221x2=2.442	0,06	146,52
Cartas (a-4 + ½ A-4) fotocopias	2.442+1.221=3.663	0,05	183,15
Ensobrado y envío.	1.221	no cuantificado	
TOTAL			1.184,37€

9.2 Anexo 2: Motivos de consulta de las CFTIM

La clasificación de motivos de consulta utilizada está muy relacionada con los diferentes aspectos relacionados con los medicamentos. Recoge todos los apartados de un prospecto de un medicamento así como otros aspectos identificados en la práctica farmacéutica habitual.

A continuación se detalla el tipo de información solicitada sobre la farmacoterapia que se incluye en cada uno de los motivos de consulta utilizados en este trabajo.

INDICACIÓN, ACCIÓN, PROPIEDADES: Estas consultas están relacionadas sobre todo con la información personalizada de medicamentos que todo paciente debería conocer de los medicamentos que utiliza. Se refieren a la información básica sobre el medicamento, para qué es, qué hace (efecto o propiedades), para qué sirve, y viceversa, es decir confirmar si para la indicación que lo utiliza el paciente es para la que él cree que se utiliza.

USO, POSOLOGÍA, DURACION: Incluye las consultas sobre las abreviaturas, unidades, pautas incluidas en la prescripción de los medicamentos (UI, mL, c.c.,

15mL-0-15mL, D-C-C, etc) que el paciente desconoce. También incluye como en el motivo anterior a información básica sobre el medicamento: qué dosis utilizar y aplicada a su hijo, marido, madre, etc hasta cuando lo puede utilizar, si puede tomarlo más tiempo, cómo tomarlo (con o sin comidas), dónde usarlo (si se puede aplicar en un sitio u otro del cuerpo, etc.) y todas las relacionadas con las incidencias durante el proceso de uso, es decir el “qué hacer si...”. Es decir: qué hacer si no se me va..., o si ya no me pasa/duele... si ya se me ha ido... si puedo continuar tomándolo..., cómo me lo puedo dejar/quitar/bajar la dosis...

INTERACCIONES: Incluye las consultas realizadas sobre si hay interacciones con un medicamento nuevo prescrito o utilizado en el ámbito del autocuidado y el tratamiento habitual.

EFFECTOS ADVERSOS: Son las consultas sobre todos los signos o síntomas o efectos que el paciente cree que le puede estar causando negativamente el medicamento que utiliza o va a utilizar. Muchas veces son consultas sobre lo que le puede pasar si lo toma porque lo han leído en el prospecto. Incluye las consultas sobre elevación de parámetros bioquímicos (transaminasas, etc) fisiológicos (PA, etc) y antropométricos (engordan...)

SEGUNDA OPINIÓN: Aquellas consultas en las que el solicitante demanda la opinión del farmacéutico con el fin de cotejarla con otra información que ha obtenido por otras fuentes de información. Un caso muy frecuente es la actitud ante la vacunación de los hijos por los padres, y la búsqueda de la complicidad o el visto bueno del farmacéutico ante la adopción de una decisión por parte del paciente de incumplir o de automedicarse.

COMPOSICION, PRESENTACION Y FORMA: Incluye consultas relacionadas con la existencia de medicamentos que no existen en nuestro país, con presentaciones diferentes a las comercializadas tanto relacionadas con la forma farmacéutica como con las unidades por envase. También incluye las dudas sobre excipientes de los medicamentos y dosis de los principios activos de las presentaciones, la diferencia entre genéricos y entre genéricos y marcas.

MANEJO, PREPARACIÓN, ADMINISTRACIÓN: Incluye las consultas debidas a cómo manipular el medicamento cuando se administra, es decir preparar una suspensión, fraccionar un comprimido o una cápsula, abrir una cápsula, triturar un comprimido, pinchar, disolver un comprimido efervescente en zumo, etc. También engloban las consultas sobre el uso de medicamentos autoadministrados a través de dispositivos más o menos complejos (inhaladores, insulinas, etc).

CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS: Contiene las consultas relacionadas con la toma de medicamentos en el embarazo, lactancia o con niños pequeños.

CONSERVACIÓN, CADUCIDAD, ELIMINACIÓN: Incluye consultas sobre cómo actuar ante medicamentos ya caducados (si se pueden utilizar o no, o qué se hace con ellos) o ya abiertos en otra fecha anterior y que se quieren reutilizar. También abarca las consultas sobre qué hacer con los medicamentos que ya no se necesitan y sobre como conservarlos una vez adquiridos o abiertos.

IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO: Suele incluir todas las consultas en las que el solicitante desconoce el medicamento, sobre todo su indicación. Suele ser muy frecuente en los domicilios con medicamentos ya utilizados previamente por el propio solicitante o las personas con las que convive. También incluye las consultas sobre los cambios de las presentaciones de medicamentos prescritos, ya que el paciente conoce la apariencia física de las presentaciones de los medicamentos que utiliza habitualmente y cuando éstos son sustituidos o añadidos en la prescripción o en la dispensación desorientan a los pacientes, en especial a los más mayores.

SOBREDOSIFICACIÓN, OLVIDOS, ACCIDENTES: Abarcan las consultas relacionadas con incidencias no deseadas que se producen en el proceso de uso del medicamento como es el caso de las equivocaciones en las tomas, en las dosis (olvidos y sobredosis) y accidentes.

OTROS: En este trabajo sólo se clasificaron dos CFTIM con este motivo de consulta, pero no se detalló el motivo, por lo que no se conoce.

9.3 Anexo 3: Ejemplos de CFTIM

CONSULTA N°1: Fecha: 4/3/2014, hora: 10:08

Consulta: Mujer española de 70 años de edad que acude únicamente a consultar a una farmacia situada en Valencia capital e indica que tiene tos seca y que le han dicho que se tome un medicamento pero no recuerda si el que tiene que tomar es Flutox[®] o Flumil[®].

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en el mostrador e inicia con ella una entrevista pues requiere de una mayor información clínica del paciente. Cuando se le pregunta a la paciente si ha tomado algún otro medicamento ésta indica que toma Atacand[®] 16mg 28 comprimidos por lo que el farmacéutico detecta una sospecha de RNM real debido a una RAM de éste.

Resolución: El farmacéutico que la atiende, tras recabar toda la información disponible, proporciona a la paciente en el mismo mostrador de forma verbal la información solicitada: el medicamento que debe utilizar para este tipo de tos es Flutox[®].

Además, para intentar resolver el RNM identificado se deriva al médico a la paciente.

La paciente también indica que quiere que se le dispense el medicamento, por lo que también se le dispensa.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado sus conocimientos y ha utilizado aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como "Indicación, acción, propiedades", al ser una consulta en la que se pregunta sobre si puede utilizar un medicamento que todavía no ha tomado, por lo que se la clasifica como "Consulta preventiva".

Se ha identificado una sospecha de RNM real relacionada con la seguridad del medicamento probablemente causada por una RAM que no ha sido resuelta.

Se ha realizado una dispensación de Flutox[®]

CONSULTA N°2: Fecha: 13/8/2015, hora: no especificada

Consulta: Mujer francesa de 68 años de edad, de vacaciones, que acude a una farmacia sita en Denia únicamente a consultar indicando que en Francia utiliza un medicamento llamado Tanganil® y preguntando si existe éste en España.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en el mostrador e inicia con ella una entrevista pues requiere de una mayor información clínica del paciente.

Resolución: El farmacéutico que la atiende, tras la búsqueda correspondiente utilizando el catálogo de especialidades farmacéuticas, proporciona de forma verbal a la paciente en el mismo mostrador la información solicitada: este medicamento a base de 500mg de acetil-leucina en comprimidos o en ampollas de 5mL y utilizado como antivertiginoso, no se encuentra comercializado en España, indicándole que en nuestro país se utilizan otros medicamentos para ello.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado como fuente de información el catálogo de especialidades farmacéuticas (versión papel de la base de datos Bot-PLUS®) y ha utilizado aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como "Composición, presentación y forma farmacéutica", al ser una consulta en la que se pregunta sobre si existe o no un medicamento en España se la clasifica como "Consulta verificativa".

CONSULTA N°3: Fecha: 9/6/2014, hora: 19:55

Consulta: Mujer española cuidadora de su marido de 70 años de edad, que llama por teléfono a su farmacia habitual situada en Valencia capital sólo para consultar indicando si su marido puede tomar Aricept® 10mg que le ha prescrito el médico con su tratamiento habitual.

Atención de la consulta: Le atiende su farmacéutico realizándole una entrevista pues requiere de una mayor información clínica del paciente, como por ejemplo saber que su marido padece la enfermedad de Alzheimer y cuál es su tratamiento habitual completo (omeprazol, xeristar®, hemovas®, somazina®, aas, duodart®),

terminada ésta le indica que le responderá aproximadamente en quince minutos para contestarle la consulta.

Resolución: El farmacéutico que la atiende, tras la consulta de la base de datos Bot-Plus® y con la información disponible del paciente, llama por teléfono a la cuidadora para proporcionarle de forma verbal la información solicitada: el medicamento se lo puede administrar pues no hay interacciones entre el nuevo medicamento y su tratamiento habitual.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado como fuente de información la base de datos Bot-PLUS® y ha utilizado aproximadamente quince minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Interacciones”, al ser una consulta en la que se pregunta sobre si puede utilizar un medicamento que todavía no ha tomado, se la clasifica como “Consulta preventiva”.

CONSULTA N°4: Fecha: 22/7/2015, hora: no registrada

Consulta: Hombre español de 55 años de edad que acude sólo a consultar a una farmacia situada en Denia indicando que se le ha hecho un hematoma al pincharse Clexane® 40mg 30 jeringas precargadas y consultando si se la sigue administrando o para.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en el mostrador y establece con él una entrevista pues requiere de una mayor información clínica del paciente. Tras ella detecta una sospecha de RNM real debido a una RAM del Clexane®.

Resolución: El farmacéutico que le atiende, tras recabar toda la información disponible proporciona a la paciente en el mismo mostrador de forma verbal la información solicitada: debe seguir utilizando el medicamento.

Además para intentar prevenir otro RNM se le explica cómo debe administrarse el medicamento para que sea más difícil que le vuelva a ocurrir y se refuerza la adherencia al tratamiento indicándole que es normal que le pueda volver a pasar y que no tiene más trascendencia.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado como fuente de información sus conocimientos y aproximadamente tres minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “efectos adversos”, al ser una consulta en la que se pregunta sobre si puede utilizar un medicamento que todavía no ha tomado, por lo que se la clasifica como “Consulta preventiva”.

Se ha identificado una sospecha de RNM relacionada con la seguridad del medicamento probablemente causada por una RAM que no ha sido resuelta.

CONSULTA N°5: Fecha: 23/6/2014, hora: 17:29

Consulta: Mujer española de 75 años de edad que acude sólo a consultar a una farmacia situada en Valencia capital indicando si se puede partir la pastilla, mostrándonos la caja de Rubifen[®] (comprimidos de liberación lenta), pues el médico le ha dicho le ha dicho que se tome la mitad.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en el mostrador y durante la entrevista detecta una situación en el proceso de uso del medicamento que puede causar un resultado en la salud del paciente no adecuado al objetivo de la farmacoterapia y asociado al fallo o uso del medicamento, es decir identifica un PRM y lo clasifica como “administración errónea”.

Resolución: El farmacéutico que la atiende tras recabar toda la información disponible, y confirmar la consecuencia farmacotécnica y farmacológica de la ruptura de la forma farmacéutica con la información del laboratorio fabricante, cita al paciente y le proporciona en el mismo mostrador de forma verbal la información solicitada: el medicamento no se puede fraccionar pues pierde su efectividad.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado fuentes de información del laboratorio comercializador del medicamento y ha utilizado aproximadamente diez minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Manejo, preparación, administración”, al ser una consulta en la que se pregunta sobre si puede utilizar de una forma diferente un medicamento que hasta ahora

estaba tomando de otra forma diferente, y todavía no lo ha hecho, se la clasifica como “Consulta preventiva”.

Se ha identificado un PRM probable y se ha evitado derivando al médico a la paciente para que le prescriba un medicamento con la mitad de la dosis. Se ha prevenido un probable RNM de ineffectividad del medicamento que hubiera ocurrido, si lo hubiese partido.

CONSULTA N°6: Fecha: 12/9/2015, hora: no especificada

Consulta: Hombre español de 75 años de edad que acude a consultar a una farmacia situada en Valencia capital a medirse la PA porque tiene mareos desde hace días desde que toma amlodipino 10mg 30 comprimidos, al medir la PA está baja (105/65) y pregunta si puede ser del amlodipino.

Atención de la consulta: Le atiende un técnico en farmacia y parafarmacia en el lugar donde se mide la PA y deriva la consulta al farmacéutico que identifica un resultado en la salud del paciente no adecuado al objetivo de la farmacoterapia y asociado al fallo o uso del medicamento, es decir identifica una sospecha de RNM relacionada con la seguridad del amlodipino probablemente causada por una RAM.

Resolución: El farmacéutico que la atiende, tras recabar toda la información disponible, proporciona a la paciente en el mismo mostrador de forma escrita a través de un informe al médico indicándole que evalúe la necesidad de seguir con la dosis y el tratamiento prescrito. Se refuerza la adherencia al tratamiento indicándole que es normal que le pueda volver a pasar y que no tiene más trascendencia.

Además, para intentar resolver el RNM identificado se deriva al médico a la paciente.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado sus conocimientos y ha utilizado aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Efecto adverso”, al ser una consulta en la que se pregunta para confirmar si el

efecto observado puede ser debido a un medicamento que está utilizando, se la clasifica como “Consulta verificativa”.

Se ha identificado una sospecha de RNM real relacionada con la seguridad del medicamento probablemente causada por una RAM que no ha sido resuelta.

CONSULTA N°7: Fecha: 17/10/14, hora: 11:23

Consulta: Hija que cuida de su madre, mujer española de 85 años de edad, y que acude sólo a consultar a una farmacia situada en Valencia capital diciendo que su madre tenía que tomar itraconazol comprimidos a las 10 de la mañana y que por eso esta mañana antes de ir a trabajar se ha pasado por su casa y le ha dado la pastilla a esa hora, pero cuando ha vuelto del trabajo hablando con su madre se ha enterado de que ésta ya se lo había tomado antes. Pregunta si es peligroso pues su madre ha tomado el doble de la dosis prescrita.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en la ZAP y establece con él una entrevista pues requiere de una mayor información clínica del paciente, por ejemplo aflora que su madre tiene una insuficiencia renal ligera. Tras ella detecta una situación en el proceso de uso del itraconazol que puede provocar o haber provocado un RNM, y que se ha clasificado como “Dosis, pauta y duración inadecuada”.

Resolución: El farmacéutico que le atiende, tras recabar toda la información disponible proporciona a la paciente en el mismo mostrador de forma verbal la información solicitada: puede serlo, pero hay que monitorizar y ver la evolución del estado de su madre, y si hay algún problema derivarla al médico.

Recursos: Para resolver esta consulta se ha utilizado la base de datos Bot Plus[®] y ocho minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Sobredosificación, olvidos, accidentes”, al ser una consulta en la que se pregunta para conocer el efecto de un medicamento que ya ha tomado, se la clasifica como “Consulta verificativa”. Se ha identificado un PRM probable y no se ha evitado, por lo que podría producirse un RNM probable de seguridad del itraconazol.

CONSULTA N°8: Fecha: 14/3/2014, hora: 12:03

Consulta: Un marido que cuida de su mujer (paciente española de 72 años de edad) acude únicamente a consultar a una farmacia situada en Valencia capital si el envase que trae en la mano ¿es un antibiótico?, dice tenerlo en casa y no sabe para qué es.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico en el mostrador.

Resolución: El farmacéutico que la atiende proporciona al solicitante en el mismo mostrador de forma verbal, la respuesta: este medicamento es un antibiótico.

Se refuerza la importancia de realizar un uso racional del mismo y de su eliminación al acabarlo depositándolo en el SIGRE.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado sus conocimientos propios y ha utilizado aproximadamente diez minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Identificación medicamento”, al ser una consulta en la que se pregunta para confirmar una información sobre un medicamento, se la clasifica como “Consulta verificativa”.

CONSULTA N°9: Fecha: 29/5/2014, hora: 19:05

Consulta: Una madre consulta por teléfono sobre cuantas pastillas de Fortasec[®] le puede dar a su hija española de 13 años para cortarle la diarrea.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico que establece con ella una entrevista tras la cual detecta un PRM, es decir una situación en el proceso de uso del Fortasec[®] que puede provocar un RNM, debido a que no sabe ni la dosis ni la pauta ni la duración. Por eso el PRM se clasifica como “Dosis, pauta y duración inadecuada”.

Resolución: El farmacéutico que la atiende proporciona por teléfono al solicitante de forma verbal, la respuesta: debe utilizar una cápsula inicialmente seguida de otra tras cada deposición. Se repasarán las contraindicaciones y advertencias con el fin de realizar un uso racional del mismo.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado sus conocimientos propios y ha utilizado aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “Uso, Posología, duración”, al ser una consulta en la que se pregunta sobre cómo proceder en un futuro inmediato con un medicamento, se la clasifica como “Consulta preventiva”.

Se ha identificado un PRM probable por dosis, pauta y duración inadecuada.

CONSULTA N°10: Fecha: 6/3/2014, hora: 12:00

Consulta: Mujer de 67 años que acude a la farmacia únicamente a consultar indicando que el médico le ha dicho que siga tomando la pastilla del colesterol (atorvastatina 20 mg 28 compr.) pero que ella cree que no hace falta “pues no tiene colesterol”, por lo que pregunta si se la sigue toma tomando o no.

Atención de la consulta: Le atiende un farmacéutico que establece con ella una entrevista tras la cual detecta un PRM, es decir una situación en el proceso de uso de la atorvastatina que puede provocar un RNM por no tomar dicho medicamento. Por eso el PRM se clasifica como “incumplimiento”.

Resolución: El farmacéutico que la atiende proporciona al solicitante de forma verbal, la respuesta: la causa de que no “tenga” colesterol es que se está tomando la pastilla, pero si se la deja le volverá a subir.

Recursos: Para resolver esta consulta ha utilizado sus conocimientos propios y ha utilizado aproximadamente tres minutos de su tiempo.

Registro: La consulta es una CFTIM y el motivo de consulta se clasifica como “segunda opinión”, al ser una consulta en la que se pregunta sobre cómo proceder en un futuro inmediato con un medicamento, se la clasifica como “Consulta preventiva ”.

Se ha identificado un PRM probable por incumplimiento.

9.4 Anexo 4: Estudios realizados sobre CFTIM

Año	Lugar	Duración	Nº farmacias participantes	Nº Consultas	Nº CFT	% CFTIM	CFTIM estimadas por farmacia y día
1991	Bizcaia ^b	22 días	10	>2.879	*	58,9%	*
1996	Toda España ⁷⁶	7 días	1.869	*	1.670.206	54,6%	5,4
1998-9	Ciudad Real ²⁰⁶	4 días	30	1.279	805 (62,9%)		3,4
2002	Noroeste de España ⁵⁵	4 meses	146	6.034	2.562 (42,5%)		*
2002	Toda España ⁸¹	7 días	1.371	*	1.209.787	49%	5,0
2003	Albacete ^{135****}	31 días	29	*	594 (19,2%)	51%	7,4
2003	Valencia ²²	6 días	9	822	407 (49,5%)	67,6%	5,9
2004	Ripollet (Barcelona) ³⁴	31 días	1	251	*	48%	4,8*
2005	Valencia ²³	18 días	7	*	465	46%	1,7
2006	Murcia ¹⁵⁷	28 días	13	*	*		6,8
2006	Palma de Mallorca ¹⁶⁶	6 meses	1	*	2.462		6,7**
2006-7	Segart (Valencia) ⁹⁵	3 meses***	1	1.019	*	41%	1,6

Tabla 6. Estudios realizados en la farmacia comunitaria española relacionados con las Consultas farmacoterapéuticas.

†: Estudios realizados a través de encuesta, de forma similar a la utilizada en el presente estudio.

*: No consta la información.

** : El número de días utilizado para el cálculo se ha obtenido restando los domingos de cada mes y 1 festivo adicional por mes.

***: Se trata de una farmacia rural con horario de apertura de 20 horas semanales repartidas en 3 días por lo que para comparar con el resto, el número de días utilizado para el cálculo se ha obtenido contando jornadas de 40 horas semanales.

****: Datos obtenidos sólo durante el servicio de urgencia.

CFT: Consultas farmacoterapéuticas.

CFTIM: Consultas farmacoterapéuticas de información de medicamentos.