

**NUEVAS PERSPECTIVAS EN SEGUIMIENTO  
FARMACOTERAPÉUTICO**

**Dr. Manuel Machuca González**

**Grupo de Investigación en Farmacoterapia**

**y Atención Farmacéutica (CTS- 528)**

**Universidad de Sevilla**

**[mmachuca@gmail.com](mailto:mmachuca@gmail.com)**

**NUEVAS PERSPECTIVAS EN SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO ... 1**

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO COMO PROCESO ASISTENCIAL.....</b>	<b>5</b>
<b>LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS: EL CORAZÓN Y EL ALMA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO</b>	<b>6</b>
<b>CLASIFICACIONES DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS.....</b>	<b>8</b>
<b>EL PROCESO ASISTENCIAL .....</b>	<b>14</b>
<b>1. EVALUACIÓN INICIAL .....</b>	<b>14</b>
<b>2. PLAN DE ATENCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>3. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO.....</b>	<b>19</b>
<b>ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO.....</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA .....</b>	<b>23</b>

## **INTRODUCCIÓN**

El seguimiento farmacoterapéutico (en adelante SFT) se establece como concepto en España a partir del Consenso sobre Atención Farmacéutica auspiciado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), para traducir el término Pharmaceutical Care introducido en Estados Unidos por Hepler y Strand diez años antes, y que había tenido una traducción que resultó ser confusa en España, como Atención Farmacéutica.

El enorme desarrollo de los medicamentos en la segunda mitad del siglo XX ha tenido muchas consecuencias positivas en las sociedades más avanzadas, como el aumento de la esperanza de vida y la cronificación de enfermedades de difícil curación con anterioridad.

Como todo cambio importante, supone el desarrollo de un nuevo escenario en la atención sanitaria ya que, por una parte se produce un proceso de “medicalización” de la asistencia y un importante cambio en el papel del paciente, y de su relación con los profesionales de la salud y, por ende, con su enfermedad.

Este casi culto al medicamento se ha producido, a pesar de que en realidad muy pocos medicamentos son capaces de curar enfermedades, tan sólo los antiinfecciosos y algunos tumorales pueden hacerlo; lo cual no ha sido óbice para que los medicamentos estén en boca de profesionales, pacientes y medios de comunicación con una gran frecuencia.

La gran prevalencia de enfermedades crónicas en nuestra sociedad ha introducido otros aspectos que han cobrado gran importancia, como los

sociales, culturales y comportamentales, a la hora de entender la nueva relación del paciente y su enfermedad.

Este nuevo escenario ha llegado a un mundo en el que el médico goza de un gran prestigio profesional y la sociedad le ha demandado solucionar problemas que quizás se escapan a su cometido. Los resultados no pueden ser más desalentadores porque, en la era del genoma humano, enfermedades como la hipertensión, de fácil diagnóstico, con mucha investigación detrás, con cobertura sanitaria adecuada y multitud de opciones de tratamiento, tiene un resultado de control adecuado de apenas un 20% de los enfermos. Y otro tanto pasa con otros problemas de salud como la diabetes, el asma, la EPOC, etc, generándose una enorme morbi- mortalidad evitable, unido a un gasto sanitario cada vez más creciente.

En este escenario aparece el SFT, entendido como un proceso asistencial tendente a optimizar la farmacoterapia, a hacerla más efectiva y segura. Y para ello hacer uso, no sólo de los conocimientos en farmacoterapia sino de los aspectos socio- culturales que afectan a cada paciente individual.

Por tanto, el principal beneficiario del SFT es el paciente con enfermedades crónicas, al que se deben destinar programas de promoción de la salud que ayuden a la detección precoz, y se haga que sus tratamientos sean efectivos, alcanzando metas terapéuticas concretas, y seguros, no generando nuevos problemas de salud, con el paciente en un contexto de conocimiento adecuado de uso y objetivos pactados de tratamiento.

## **EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO COMO PROCESO ASISTENCIAL**

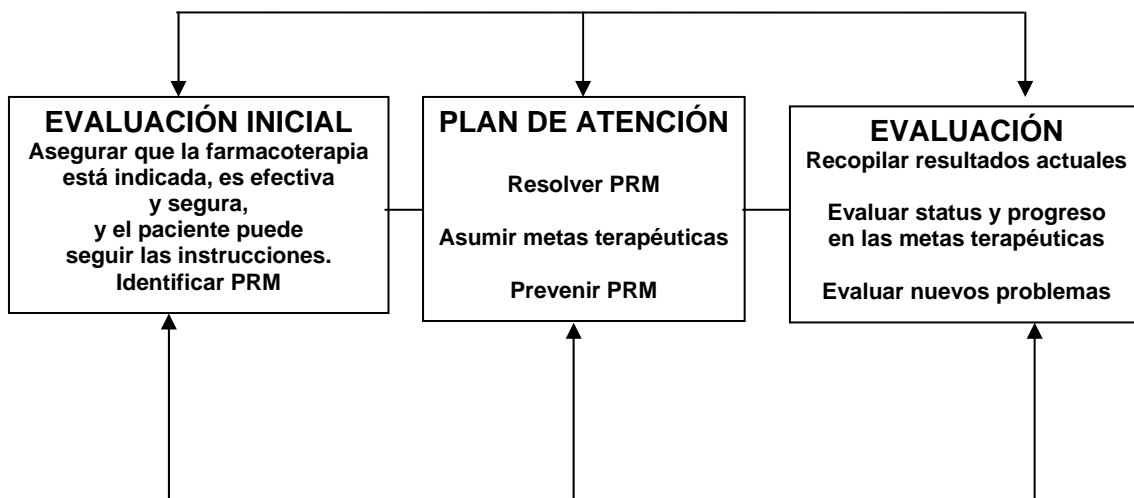
Todo proceso asistencial, consta de tres partes diferenciadas, independientemente del profesional de la salud que lo acometa:

1. Detección del problema.
2. Desarrollo de un plan de atención.
3. Evaluación de los resultados del plan.

Esto es válido para un médico, un enfermero, un fisioterapeuta o un farmacéutico que quiera realizar SFT. Evidentemente, cada profesional realizará el cometido para el que está formado. Así, la detección del problema para un médico será el diagnóstico de la enfermedad, y para el farmacéutico la identificación de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM).

Por tanto, detectar PRM es al SFT lo que el diagnóstico de la enfermedad al médico.

**Figura 1. Proceso asistencial**



## **LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS: EL CORAZÓN Y EL ALMA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO**

Aunque desde hace muchos años se ha aceptado que los medicamentos a veces no consiguen los efectos deseados, hubo una primera época en la que ello hacía especial referencia a la aparición de reacciones adversas o efectos indeseables de los medicamentos, más que a la falta de respuesta en el paciente. Además, la pretendida universalidad e igualdad de acceso a la asistencia sanitaria no ha considerado la falta de terapia farmacológica en un paciente que la necesita como un fallo en sí mismo.

Los resultados no deseados de los medicamentos en los pacientes, además se han visto muchas veces desde la perspectiva del médico, como es el caso del incumplimiento terapéutico, como desobediencia del paciente de las instrucciones del médico; o incluso desde el medicamento como ente químico o farmacológico: conceptos de interacciones, reacción adversa a medicamentos y su clasificación, duplicidades, etc.

Estos intentos de entender los fallos de la farmacoterapia, que indudablemente resultaron ser un avance, son insuficientes, y ello debido a ciertas razones:

- Los problemas relacionados con los medicamentos no los sufren los medicamentos, sino los pacientes.
- El ser humano es en sí mismo un mecanismo fisiológico complejo, que al interactuar con una entidad química concreta como es un medicamento, ocasiona una respuesta impredecible.

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

- El médico, como profesional clínico que es, no es infalible porque su decisión está sometida a lo referido en el punto anterior, por lo que es necesario otro profesional que, con los mismos objetivos pero mirando la realidad desde otro punto de vista, colabore a la hora de corregir las posibles desviaciones de los resultados esperados.

Por tanto, se hace necesario una clasificación taxonómica que haga entender esa realidad desde el punto de vista particular del profesional farmacéutico, que como toda clasificación tenga carácter excluyente para poder dividir de forma adecuada el todo en partes, y que sea útil a la hora de entender la resolución de los problemas.

Si llegar al diagnóstico de la enfermedad por parte del médico, le ayuda a éste a conocer las posibles soluciones que la terapéutica le ofrece para abordarla y a establecer su prevalencia en la sociedad para así poder establecer medidas de salud pública, una clasificación de problemas relacionados con medicamentos debe servir exactamente para lo mismo, pero en este caso tomando el punto de vista del farmacéutico.

Por tanto, sus objetivos serán:

- Identificar el problema para conocer las posibles soluciones que la farmacoterapia del momento puede ofrecer.
- Conocer la prevalencia de los PRM en la sociedad en sus diferentes categorías, para establecer medidas de salud pública, caso de ser necesarias.
- Ser compatible con la visión de otros profesionales de la salud de los problemas, para que pueda haber, además de una coherencia, la

sinergia deseada que permita que la colaboración conjunta de réditos superiores al trabajo aislado de los profesionales.

Pero clasificar PRM, teniendo en cuenta su interés taxonómico evidente, no es un fin en sí mismo, sino un medio para entender el problema y darle la solución más adecuada.

De esta forma, la comunicación entre profesionales de la salud siempre debe realizarse en términos entendibles por todos, dejando este lenguaje particular para la profesión farmacéutica.

## **CLASIFICACIONES DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS**

Las clasificaciones más utilizadas de PRM más conocidas son la que propone la Universidad de Minnesota, de la mano del Peters Institute of Pharmaceutical Care, y en España, el segundo Consenso de Granada sobre PRM, liderado por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de esta Universidad.

Aunque existen otras clasificaciones, y profesionales de diferentes ámbitos, especialmente hospitalarios, que utilizan otras, éstas carecen de criterios homogéneos, las categorías no son excluyentes entre sí, e incluyen “cajones de sastre” que hacen difícil la extrapolación epidemiológica de los resultados. A continuación se hace una breve exposición de similitudes y diferencias de estas dos clasificaciones más reconocidas, que no son comparables entre sí porque parten de una visión diferente.

### **SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA**

Establece seis categorías, agrupadas en tres supra- categorías de necesidad, efectividad y seguridad. Es una clasificación que se caracteriza por ser estrictamente farmacológica.

**TABLA 1. SEGUNDO CONSENSO DE GRANADA**

**PRM de Necesidad:**

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

**PRM de Efectividad:**

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad no cuantitativa de la medicación.

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una ineffectividad cuantitativa de la medicación.

**PRM de Seguridad:**

PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de un medicamento.

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de un medicamento.

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

Esta clasificación establece PRM 1 para problemas de salud que no están tratados con medicamentos y no son consecuencia del uso de alguno por parte del paciente, y PRM 2 aquellos problemas de salud que están provocados por medicamentos que no tienen indicación alguna en el paciente, en el momento en que lo provocan.

Para problemas de salud tratados, si no se alcanzan metas terapéuticas deseadas, se establecen problemas de efectividad, en los que se diferenciarán si son por cantidad baja del medicamento adecuado un PRM 4, y el resto, incluidos los producidos por estrategias múltiples, se clasificarían como PRM 3.

Los problemas de seguridad, o problemas de salud que tienen su origen o agravamiento en la utilización de farmacoterapia indicada en el paciente, se clasificarían en función si el farmacéutico entiende que una cantidad excesiva del medicamento correcto ha provocado el problema (PRM 6), o el problema no está relacionado con el exceso del mismo (PRM 5).

No concibe el incumplimiento terapéutico o cualquier uso inadecuado de medicamentos como PRM, salvo si se produce alguna desviación de la normalidad, en cuyo caso lo clasificación por el resultado negativo que producen.

Puede decirse que esta clasificación clasifica lo que ve, pero no aclara la solución en todas las categorías, ni trata de entender per se el comportamiento del paciente en relación a sus medicamentos.

También se concibe que exista PRM, si hay un resultado clínico manifiesto, o riesgo de PRM, si se interviene antes de que aparezca este resultado negativo.

Recientemente han abandonado el término PRM y lo han sustituido por RNM (Resultado Negativo de la Medicación) y la numeración, que en su caso se sustituye por el enunciado completo de la categoría.

**CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR EL PETERS INSTITUTE OF PHARMACEUTICAL CARE DE LA UNIVERSIDAD DE MINNESOTA**

Esta clasificación tiene siete categorías de PRM, que se agrupan en cuatro supra- categorías: indicación, efectividad, seguridad y conveniencia. Las tres primeras supra-categorías atienden a razones farmacológicas de los problemas y la última agrupa los que se relacionan con la actitud del paciente hacia la toma de los medicamentos.

Esta clasificación se realiza por la forma de solucionar el problema con medicamentos. A diferencia de la anterior, que clasifica en función del resultado clínico que se produce, ésta clasifica la forma en la que algún medicamento puede solucionar el problema

Por tanto, en la primera categoría se clasifican los PRM originados en medicamentos que no se necesitan, bien porque no haya problema de salud que justifique su uso, bien porque sea una duplicidad innecesaria.

En la segunda categoría, que completa la supra- categoría de indicación, se agrupan los problemas de salud que pudiendo resolverse con farmacoterapia no lo están, o aquellos en los que la falta de respuesta de un paciente se debe, a juicio del farmacéutico, a que es necesario añadir un medicamento adicional al ya existente.

Los de efectividad son aquellos en los que, o bien se piensa que el medicamento no es efectivo pero otro podría serlo en su sustitución, o aquellos en los que la dosificación es insuficiente pero el medicamento es correcto.

**TABLA 2. CLASIFICACIÓN DEL PETERS INSTITUTE OF PHARMACEUTICAL CARE (UNIVERSIDAD DE MINNESOTA)**

- La medicación es innecesaria porque el paciente no tiene indicación médica en este momento.
- Se necesita medicación adicional para tratar o prevenir el problema.
- El medicamento no es efectivo produciendo la respuesta deseada.
- La dosificación es demasiado baja para producir la respuesta deseada.
- El medicamento está produciendo una reacción adversa en el paciente.
- La dosificación es demasiado alta y produce efectos no deseados en el paciente.
- El paciente no es capaz o no desea tomar la medicación como se pretendía.

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

Los de seguridad se clasifican según si es posible alcanzar la solución con una menor dosificación del medicamento utilizado, o si hay que cambiarlo por otro que sea más seguro.

La última supra- categoría atiende a los problemas de falta de cumplimiento del paciente, siempre y cuando, como todas las demás categorías, el juicio del farmacéutico entienda que la solución al problema de salud es cumplir el tratamiento como se le prescribió.

Por tanto, no se considerará que exista PRM de incumplimiento en los casos siguientes:

- Aquellas situaciones en las que el incumplimiento terapéutico no produce riesgos en la salud del paciente.
- Cuando el juicio del farmacéutico estime que, aun cumpliendo el tratamiento no se va a resolver una falta de efectividad (será un PRM de otra de las categorías, bien de efectividad o de indicación).
- Cuando el incumplimiento está causado por un efecto no deseado, en cuyo caso el problema será de seguridad.

Por tanto, el concepto de PRM que aporta esta clasificación es de una gran riqueza, porque produce una visión sustancialmente diferente del incumplimiento visto por el médico.

Mientras el médico considera incumplidor a aquél paciente que no sigue sus instrucciones, el farmacéutico que utiliza esta clasificación sólo lo considera en los casos que produce un riesgo en la salud y que a la vez, sea la solución, sin en cuenta la decisión del médico como un algo absoluto.

Con esta séptima categoría, trata de entenderse la actitud del paciente hacia los medicamentos, algo clave para dar respuesta a los problemas farmacoterapéuticos que se producen en la sociedad actual.

## **EL PROCESO ASISTENCIAL**

Distinguimos tres fases en el proceso asistencial del SFT:

1. Evaluación inicial.
2. Plan de atención.
3. Evaluación de resultados.

### **1. EVALUACIÓN INICIAL**

El objetivo es asegurar que la medicación que toma el paciente está indicada, es efectiva y segura, y el paciente es capaz de seguir las instrucciones de toma de medicamentos tal y como se le prescribió.

Se parte de conocer la experiencia farmacoterapéutica del paciente, es decir, conocer su pasado y experiencias con estos y otros medicamentos, sus expectativas, temores e influencias socio- culturales y religiosas a la hora de la utilización de los medicamentos, ya que el SFT pretende mejorar la experiencia farmacoterapéutica del paciente.

A partir de estos datos, y los resultados de la farmacoterapia, se identifican los posibles PRM y se elabora un plan de atención que ha de ser pactado con el paciente.

Para identificar PRM de forma adecuada, hay que tener bien claro a lo largo del proceso, dónde pueden encontrarse.

También podemos distinguir según qué método de identificación, cómo identificar los PRM.

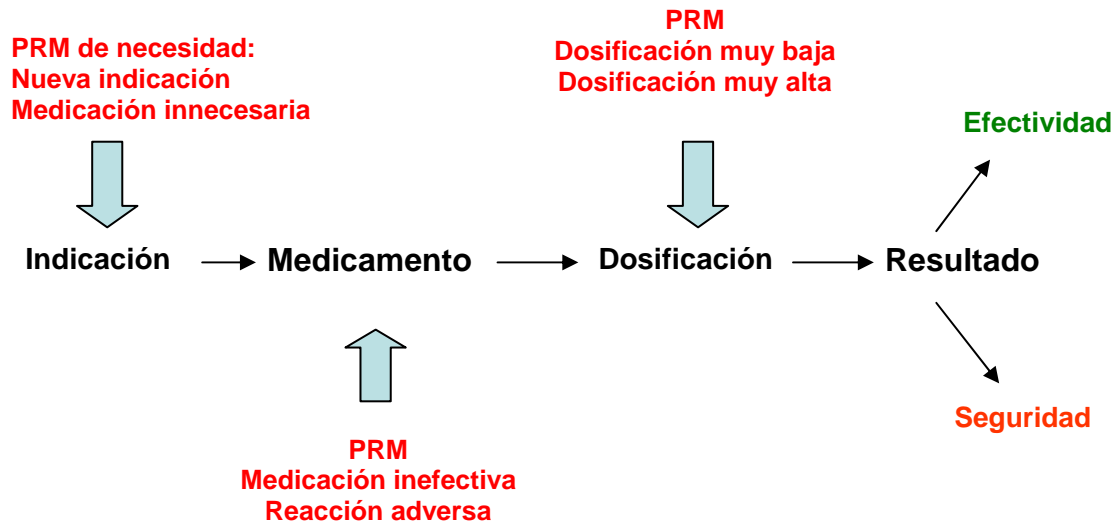


Figura 2. Proceso de detección de PRM según el Segundo Consenso de Granada (adaptado del modelo del Peters Institute).

Desde el modelo del Peters Institute of Pharmaceutical Care, puede abordarse esta perspectiva a la hora de identificar los PRM:

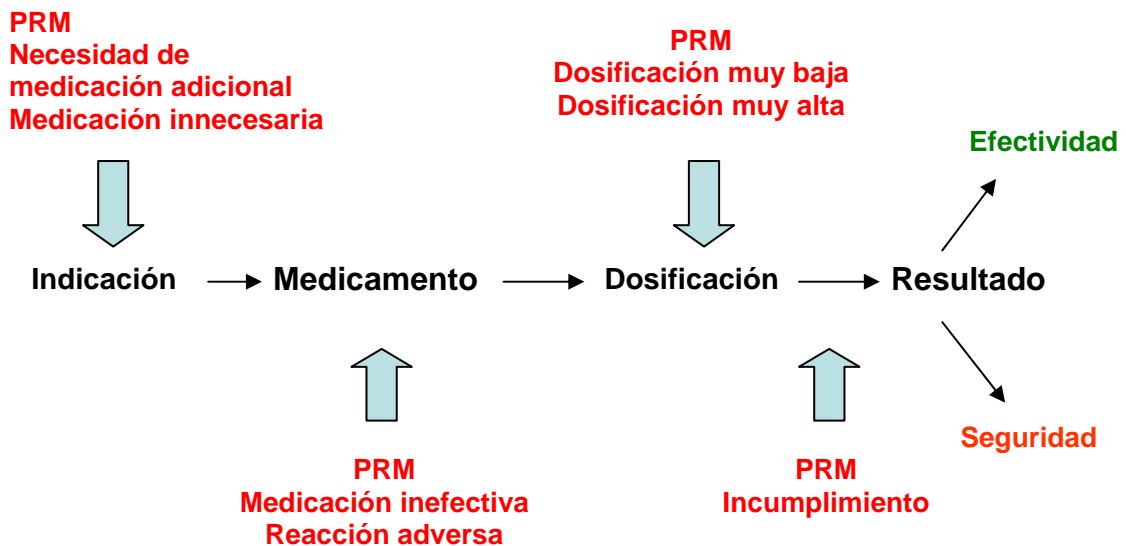


Figura 3. Proceso de detección de PRM según el Peters Institute of Pharmaceutical Care.

En el proceso de detección de PRM, hay que tener en cuenta de cada medicamento cuál es la indicación que tiene, o meta que persigue en el paciente, para así descartar los medicamentos innecesarios, y poder ver problemas de salud no tratados (Granada) y además problemas de salud que, aunque tratados, necesiten adicionar medicación para controlar el problema (Minnesota).

En el medicamento que trata el problema, están los de falta de respuesta del paciente al medicamento y aquéllos que producen reacciones adversas no dependientes de la dosificación.

En la dosificación del medicamento correcto podemos hallar las faltas de respuesta debidas a dosificaciones insuficientes, o las inseguridades por dosificación excesiva.

Y finalmente, para el modelo de la Universidad de Minnesota, una vez descartados que existan problemas debidos únicamente a causas farmacológicas, se pueden encontrar los problemas causados por una inadecuada utilización del medicamento correcto, potencialmente indicado, efectivo y seguro, por parte del paciente.

Identificar un PRM es un juicio clínico, por el que se relaciona un problema de salud con la farmacoterapia que use o pueda usar el paciente, y su correcta descripción incluye la descripción del problema, la farmacoterapia involucrada y la asociación entre ellos, para así universalizar el entendimiento del problema por parte de los profesionales.

Un ejemplo de lo dicho puede ser:

INCORRECTO: el paciente tiene un PRM de ineffectividad en su tratamiento X para el colesterol.

CORRECTO: Los valores elevados de colesterol del paciente pueden ser consecuencia de que el medicamento X lo está usando a una dosificación inferior de la necesaria

## **2. PLAN DE ATENCIÓN**

Debe realizarse un plan de atención con el paciente, en el que se acuerden metas terapéuticas concretas a conseguir, así como modo y plazo para ello.

Los pacientes que no tengan PRM, que son aquéllos que tienen sus necesidades farmacoterapéuticas satisfechas, también deben tener un plan de atención para evitar que aparezcan, y que incluyan el mantenimiento de los objetivos, y fechas para su comprobación.

Es muy importante, para tener éxito a largo plazo, que el paciente y el farmacéutico acuerden metas asumibles, concretas y plazos realistas, y que el farmacéutico trate de entender la trayectoria del paciente con sus medicamentos y sus creencias religiosas, socio- culturales y en materia de salud, que puedan influir en la asunción de las metas deseadas.

Es importante diferenciar metas de objetivos terapéuticos. Mientras objetivos hace más referencia a los consensos generales de abordaje de la enfermedad, la meta terapéutica tiene que ver más con el caso particular, con el acuerdo entre farmacéutico y paciente en el camino a seguir, y que desembocará de forma ideal, si ello es posible en el objetivo terapéutico general del problema de salud.

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

Las metas terapéuticas a negociar dependerán de diversos factores que deben ser tenidos en cuenta. De forma deseable todos deberían tener importancia, pero de acuerdo a la circunstancia concreta, podrán prevalecer unos en detrimento de otros.

Es importante considerar, cuando existen varios problemas al tiempo, cuáles son más urgentes y cuáles pueden esperar, y diseñar una secuenciación adecuada del proceso, ya que resulta difícil abordar varios problemas a la vez.

Los aspectos a considerar son:

1. Gravedad del problema: cuánto puede perjudicar a la salud del paciente en un plazo corto de tiempo, en relación a las alternativas terapéuticas posibles que puedan aplicarse. Actuar sobre problemas graves tiene la ventaja de poder evitar problemas muy importantes y, por tanto, actuar bien en el corto plazo. Pero tiene la desventaja, en pacientes con problemas de salud crónicos, de no prever otros problemas que puedan suceder, ni actuar correctamente en prevención de problemas o en la participación activa del paciente en el control de su salud.
2. Experiencia farmacoterapéutica del paciente: actuar en función de lo que influye el problema en relación a sus relaciones sociales, su cultura y sus creencias, y el ambiente en el que vive. Tiene la ventaja del compromiso del paciente en el control de su salud, mediante la asunción de una fuerte relación terapéutica, basada en la confianza mutua. Por tanto, garantiza el éxito en el largo plazo y ganar la confianza del paciente pronto, aunque pueda descuidar el que pueda necesitarse en un corto tiempo. Tiene la desventaja de ser un tipo de relación de igualdad a la que pocos profesionales y pacientes están acostumbrados.

Sin embargo, si lo que se busca es una relación a largo plazo y en ausencia de problemas urgentes, es lo más recomendable.

3. Facilidad de la intervención: la alternativa es fácil de aplicar, porque hay pocos profesionales de la salud implicados en su aplicación, o los recursos terapéuticos son abundantes, de buena efectividad o baratos. En este caso, la resolución del problema suele ser muy rápida. Sin embargo, se corre el riesgo de no intervenir sobre los problemas más graves y urgentes, o con menos alternativas terapéuticas disponibles, que comprometen más la salud del paciente.

Las estrategias para mejorar el resultado de la farmacoterapia pueden incluir, además de modificaciones en los medicamentos a utilizar, otras intervenciones, como pueden ser la educación sanitaria y modificaciones en los estilos de vida. Cada herramienta tiene sus ventajas e inconvenientes a corto y largo plazo, que paciente y farmacéutico deben discutir antes de llevarlas a la práctica.

### **3. EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO**

Busca los siguientes objetivos:

1. Comprobar si las metas terapéuticas acordadas se han conseguido.
2. Comprobar parámetros de efectividad y seguridad.
3. Verificar si ha aparecido algún nuevo problema.

El medicamento es un agente químico concreto que al ser administrado, toma contacto con una entidad fisiológica compleja como es el organismo humano. Por tanto, la respuesta no es predecible, y el profesional no puede garantizar nada, y siempre con la práctica tiene margen para aprender con cada paciente.

Los datos obtenidos en la evaluación de seguimiento sirven para establecer un nuevo plan de atención, que será diferente en función de los resultados obtenidos en el plan de atención anterior.

## **ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO**

El SFT es un servicio asistencial diferente a lo que tradicionalmente se ha ofrecido por los diferentes servicios de farmacia, independientemente del lugar o enclave en el que se ofrece.

La evolución de los servicios clínicos farmacéuticos han ido mayoritariamente ligados a otros más tradicionales, como el de la dispensación de medicamentos. La experiencia de estos años induce a recomendar la estrategia que a continuación se expresa, que debe ser concebida como generalista y cuya implantación dependerá en buena medida de la cultura de trabajo del servicio farmacéutico.

La estrategia de implantación debe ser:

- Progresiva: debe pasar desde un periodo de pruebas, en el que se vaya asumiendo el proceso asistencial, incluso con pacientes voluntarios, hasta una instauración por servicios. Hay que tener en cuenta que el beneficio es mayor en pacientes crónicos que en agudos. Este aspecto debe tener importancia a la hora de segmentar los servicios prioritarios de implantación.
- Negociada: tiene que ser de común acuerdo de todos los agentes implicados. Y ello a dos niveles:

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

- Comunicación interna: todos los miembros del servicio de farmacia deben tener claro cuál es su papel en el proceso, para no caer en descoordinación. Debe haber una adecuada coordinación y engranaje con el resto de servicios, clínicos o no, que se ofrezcan.
- Comunicación externa: caso de que existan profesionales que también participen de procesos asistenciales, como es el caso de los servicios hospitalarios, es muy importante darles a conocer las nuevas funciones a desempeñar y poder tener unas reglas del juego claras asumidas. Por ello, el acuerdo debe incluir a profesionales y a la dirección. No obstante, hay que dejar claro que es un servicio independiente y coordinado con el resto de servicios, y no puede concebirse únicamente para paliar los defectos que la actuación de otros profesionales generen, sino que desde su visión única e independiente, colaborar en el objetivo de todos, la salud del paciente. Por poner un ejemplo, no es un servicio que se constituye en el “brazo alargado” del médico, que refuerce sus instrucciones, sino que mediante la información y la intervención trata de dar respuestas a la prevención e intervención de los problemas de la farmacoterapia.
- Jerarquizada: debe haber un responsable del servicio, que debe planificar su actuación de acuerdo a los objetivos propuestos y a la cultura de trabajo del servicio asistencial. Asimismo, debe clarificarse el personal implicado directamente en la provisión del servicio y horario del mismo.

## *Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

El progresivo éxito del SFT debe llevar a que tenga personal y recursos diferenciados de los otros servicios ofertados por el servicio farmacéutico. El proceso de desarrollo pasa por desligarlo de la dispensación de medicamentos, aunque puedan aprovecharse esas visitas para el proceso de SFT. Las claves del éxito están en la adecuada organización interna, con horarios y personal organizados, y su implantación progresiva, desde los servicios clínicos que mayor beneficio y menor dificultad pueden ofrecer.

Un nuevo escenario como el que aparece, podrá desembocar en un nuevo marco de relaciones, tanto con los profesionales del centro hospitalario, como con farmacéuticos de otros entornos asistenciales, especialmente con farmacéuticos comunitarios, con los que poder compartir el SFT de los pacientes. Ello podrá generar redes no contempladas hasta la fecha nada más que con carácter excepcional o ex profeso para actividades investigadoras.

La experiencia generada con los resultados obtenidos en los servicios anteriores permitirá conocer si es un servicio asistencial beneficioso a todos los niveles o, por el contrario, su aplicación merecerá la pena en algunos nada más.

El SFT por tanto, es un nuevo servicio asistencial, que aparece ante la constatación de que la farmacoterapia no tiene todo el éxito que debería tener. Requiere un abordaje multidisciplinar en el que están implicados diferentes profesionales, y en el que debe ser tomada muy en cuenta la experiencia farmacoterapéutica previa del paciente y toda la influencia psicosocial.

Su implantación debe ser comunicada a los agentes implicados y debe asimismo ser progresiva, para estar atentos a los nuevos escenarios no previstos que sin duda, van a originarse.

## **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- American Society of Health-System Pharmacists. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. *Am J Health Sys-Pharm* 1996;53:1713-1716.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. New York: McGraw- Hill; 1998.
- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice* (2<sup>nd</sup> edition). New York: McGraw- Hill; 2004.
- Fernandez-Llimós F, Faus MJ. From “drug- related problems” to “negative clinic outcomes”. *Am J Health Syst Pharm* 2005;(62)22:2348-50.
- Panel de Consenso ad hoc. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 2002;43:175-184.
- Radley A. *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*. Chapter 1: Explaining Health and Illness: An Introduction. London: Sage Publications; 1999.
- Silva Castro MM, Calleja Hernández M, Tuneu L, Fuentes Caparrós B, Gutiérrez Sainz J, Faus MJ. Seguimiento del tratamiento farmacológico en pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía. *Farm Hosp* 2004;28(3):154-169. <http://www.giaf-ugr.org/giaf/milena.htm> (1 febrero 2006).
- Silva Castro MM, Calleja MA, Machuca M, Faus MJ, Fernández-Llimós F. Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes hospitalizados: adaptación del método Dáder. *Seguim Farmacoter* 2003; 1(2): 73-81.

*Nuevas perspectivas en seguimiento farmacoterapéutico*

- Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC: Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basis. *Drug Intell Clin Pharm* 1988;22:63-67.
- Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *DICP Ann Pharmacother* 1990;24:1093-1097.